

MEMOIRES ORIGINAUX

I

LES MICROBES DU NEZ A L'ÉTAT NORMAL

Par W. H. PARK et J. WRIGHT (de New-York).

De grandes divergences d'opinion règnent parmi les auteurs qui se sont occupés de la présence et de l'abondance des microbes à la surface de la muqueuse nasale normale. En 1876, le Prof. B. Fränkel, dans l'Encyclopédie de V. Ziemssen, écrivait dans son article sur le coryza aigu : « On rencontre aussi un grand nombre de ces petits éléments, dont il est si souvent question depuis quelque temps, appelés généralement microcoques, recouvrant les cellules ». Il rappelle que Hueter ⁽¹⁾ considère ces corpuscules comme la cause du processus irritatif du coryza. Herzog ⁽²⁾, en 1881, trouva beaucoup de bacilles et de microcoques dans les sécrétions normales et anormales du nez. D'autre part, en 1882, Eug. Fränkel ⁽³⁾ affirme n'avoir pas rencontré de bactéries dans le nez sain. B. Fränkel ⁽⁴⁾, en 1886, a trouvé dans le pharynx normal le staphylocoque pyogène et un autre microbe paraissant analogue à celui que Hack et Strauch ⁽⁵⁾ rencontrèrent dans le naso-pharynx. Löwenberg ⁽⁶⁾ et Hajek ⁽⁷⁾ n'ont pas observé la présence de microorganismes constants ou abondants dans le mucus nasal normal. Interrogé par Thomson et Hewlett, Löwenberg a récemment réitéré ses observations à propos de la rareté des microbes dans le mucus nasal. Reimann ⁽⁸⁾, en 1887, décrivit deux formes où il les rencontra presque toujours.

(1) HUETER. — *Allg. Chirurgie*, Leipzig, 1873, p. 257.

(2) HERZOG. — *Wiener med. Presse*, 1881, n° 29 et seq.

(3) EUGEN FRAENKEL. — *Virchow's Archiv*, n° 90.

(4) B. FRAENKEL. — *Berl. klin. Woch.*, 1896, n° 17, p. 267.

(5) STRAUCH. — *Monatsch. für Ohrenheilk*, 1887, n° 6, p. 151.

(6) LOEWENBERG. — *Deutsch med. Woch.*, n°s 1 et 2, 1885.

(7) HAJEK. — *Berl. klin. Woch.*, n° 33, 1888.

(8) REIMANN. — *Inaug. Dissert.*, Würzburg, 1887.

L'un de nous (Wright) ⁽¹⁾, ayant été intéressé par ce sujet, en 1888, examina les sécrétions de dix nez sains, et trouva diverses formes qui furent différenciées par les méthodes de culture bactériologique alors en usage. Le tableau suivant contient le sommaire d'un travail publié à cette époque (*New-York medical journal*, 27 juillet 1889).

Cas	Staph. pyog. sur. alb. et citr.	Mier. flav. desid.	Bac. lae. acr.	Penie. glauco.	Mier. cer. flav.	Mier. tetra- genus.	Diverses formes non décrites.
I	»	»	»	»	»	»	»
II	1	»	1	»	»	»	1
III	1	»	»	»	»	»	»
IV	1	»	»	»	»	»	»
V	1	»	»	»	»	»	»
VI	»	»	»	1	»	»	»
VII	1	1	»	»	»	»	»
VIII	»	1	»	»	»	»	»
IX	»	»	»	»	1	»	1
X	1	1	»	»	»	1	1
Total	6	3	1	1	1	1	3

On ne chercha pas, à cette époque, à supputer le nombre de microbes existant dans chaque cas, et qui varie beaucoup selon la quantité de sécrétion obtenue pour chaque culture; on n'avait, du reste, pas de procédé sûr pour l'évaluer. Les cultures avaient toutes été puisées au-delà du vestibule nasal. Il nous est impossible de nier positivement toute chance de contamination au passage de l'anse de platine à travers le vestibule, mais cette manœuvre était accomplie par l'un de nous très familiarisé avec la technique bactériologique et rhinologique en usage à ce moment. On verra que le staphylocoque pyogène était le microbe le plus fréquemment rencontré. Ces résultats concordaient exactement avec ceux auxquels von Besser ⁽²⁾ aboutit en même temps. A côté de nombreuses formes non pathogènes, il trouva le diplocoque de la pneumonie, le streptocoque et le staphylocoque pyogènes. Etant

⁽¹⁾ WRIGHT. — « Nasal Bacteria in Health ». *N. Y. med. journ.*, July 27, 1889.

⁽²⁾ VON BESSER. — *Beiträge zur path. Anatomie*, n° 6, p. 359, 1889.

donné le grand nombre des éléments de chaque variété, il conclut que celles-ci se multipliaient dans le nez. Ses recherches furent effectuées sur des préparations sur verre et avec des cultures sur agar-agar. Les cultures avaient été puisées à une profondeur de 3 à 4 centimètres dans le nez. Il examina les nez sains de trente personnes occupées dans des laboratoires de vingt-sept convalescents d'affections non nasales et de vingt-trois soldats, domestiques, etc., soit un total de 80 cas.

Les cultures dans un cas montrèrent . . .	8	colonies
— 5 —	moins de 20	»
— 5 —	entre 20 et 30	»
— 7 —	— 30 et 100	»

Dans tous les autres cas on obtint un nombre de colonies variant de cent à l'infini. Par une double coloration à la fuchsine et au bleu de méthylène, Thost ⁽¹⁾ trouva le diplobacille de Friedländer dans son propre nez et dans d'autres nez normaux.

Schubert ⁽²⁾, en 1889, rapporte un cas où les fosses nasales contenaient du mycélium en abondance.

En 1891, Deletti ⁽³⁾ examine trois individus dont les fosses nasales étaient normales, et obtient, par des cultures, des microcoques, des tétragènes, des staphylocoques et des streptocoques, à côté de formes indéterminées et de germes de l'atmosphère ambiant.

J'ai remarqué souvent la présence de bactéries coudées dans la partie postérieure du nez.

Au Congrès physiologique de Kiel, en 1890, Paulsen ⁽⁴⁾ affirma avoir trouvé simultanément avec von Besser de nombreux bacilles dans le nez sain (apparemment au-delà du vestibule), mais appartenant à diverses espèces non pathogènes. Il examina également le mucus nasal dans le coryza, mais ne rencontra aucun microbe pouvant être considéré comme spécifique.

(1) THOST. — *Deutsch. med. Woch.*, n° 10, 1886.

(2) SCHUBERT. — *Berl. klin. Woch.*, no 39, 1889.

(3) DELETTI. — *Archivii italiani di laryngologia*, oct. 1891.

(4) WEIDEL : *Centralbl. für Bakter.*, 1887, Bd. II, 16, p. 465.

(4) PAULSEN. — *Ref. Centralbl. für Bakter.*, 1890, Bd. II, p. 344.

Straus⁽¹⁾ a récemment affirmé qu'il avait fait la preuve, que le bacille de la tuberculose habitait occasionnellement les fosses nasales.

On voit par les citations que nous venons de faire quelle contradiction règne à propos de la présence des bactéries dans le nez sain. Tous les rhinologistes savent que les plaies opératoires nasales et pharyngiennes, quand elles ne pénètrent pas profondément dans les tissus sous-jacents à la muqueuse, ne deviennent que très rarement septiques et ne donnent qu'exceptionnellement lieu à des accidents infectieux.

Wurtz et Lermoyez⁽²⁾, en 1893, ont fait une série d'expériences qui, si elles sont considérées comme exactes, aboutissent à cette conclusion que le mucus nasal du nez sain possède un pouvoir bactéricide qui expliquerait la cicatrisation non septique des plaies nasales; mais avant et depuis ces recherches, Lermoyez⁽³⁾ a dit que parfois des bactéries pathogènes se rencontrent dans le nez et qu'il convient de prendre des précautions pour éviter l'infection avant et après les interventions nasales.

Ces auteurs recueillaient le mucus en introduisant dans le nez de petits tampons d'ouate stérilisée qu'ils laissaient en place jusqu'à ce qu'ils fussent saturés de sécrétions nasales. Ce liquide incolore était ensuite renfermé dans des tubes à expériences avec les précautions ordinairement en usage. Nous extrayons de ce mémoire le passage suivant :

« Nous avons employé le mucus nasal ainsi recueilli soit à l'état naturel, soit après l'avoir stérilisé par le procédé de Tyndal. La tyndallisation n'altère en rien ses propriétés; tout au plus le rend elle un peu plus fluide et légèrement plus alcalin. Les résultats obtenus par nous avec le mucus naturel et le mucus tyndalisé ont été jusqu'ici absolument identiques.

« C'est qu'en effet, si l'on a soin d'en rejeter les premières gouttes qui ont balayé le nez, le mucus nasal que l'on obtient

(1) STRAUS. — *Ref. Centralbl. für Bakter.*, 1895, Bd. I, p. 96.

(2) WURTZ et LERMOYEZ. — *Annales des mal. de l'oreille*, etc., 1893, p. 661.

(3) LERMOYEZ. — *Annales des mal. de l'oreille*, etc., 1891, p. 85.
Annales des mal. de l'oreille, etc., 1895, vol. I, p. 224.

par l'excitation d'une pituitaire saine ne contient généralement pas de microbes. Nous avons maintes fois vérifié ce fait, qui est en opposition flagrante avec l'idée qu'on se fait ordinairement sur la richesse de la flore bactérienne des fosses nasales ».

Ils expérimentèrent le pouvoir bactéricide du mucus nasal sur la bactériodie charbonneuse et conclurent ainsi. « Il résulte donc de ces expériences que le mucus nasal humain jouit, vis-à-vis du *B. anthracis*, d'un pouvoir bactéricide considérable ». Les auteurs obtinrent ces conclusions en ensemençant des tubes renfermant le mucus nasal avec du bouillon de culture de charbon virulent et en les plaçant dans l'étuve pendant des périodes variant de deux heures quarante-cinq minutes à trois semaines. Des cultures sur gélatine provenant de ces tubes ne donnèrent pas de colonies de charbon. Des cochons d'Inde inoculés demeurèrent indemnes. Toutes ces expériences furent contrôlées par les moyens usités en technique bactériologique.

Wurtz et Lermoyez disent plus loin :

« Dans une série d'expériences analogues, nous avons étudié le pouvoir bactéricide du mucus nasal sur d'autres microbes, *staphylococcus aureus*, *streptococcus pyogenes*, *coli-bacille*, etc., nous nous réservons d'y revenir prochainement. Dès maintenant, nous pouvons dire que l'action du mucus nasal s'exerce très inégalement sur les différents agents pathogènes ; il ne semble pas avoir sur plusieurs d'entre eux un pouvoir bactéricide aussi énergique que vis-à-vis de la bactériodie charbonneuse ; néanmoins, sur tous ou presque tous son action s'exerce dans le même sens ; l'intensité de ses effets varie ».

Thomson et Hewlett (¹), dans un travail soigneux, rapportent les résultats de leurs examens du mucus des nez normaux. Soixante-seize cultures en tout furent faites avec du mucus nasal puisé au-delà du vestibule ; de celles-ci, soixante-quatre demeurèrent stériles ; vingt-sept cultures furent faites avec des sécrétions recueillies dans le vestibule nasal ; aucune d'elles ne fut stérile. Les auteurs résument ainsi leurs recherches.

(¹) THOMSON et HEWLETT. — *Med. chirurg. trans.*, vol LXXVIII, 1895.

« 1° Dans tous les examens bactérioscopiques des fosses nasales, dans toutes les expériences sur l'action du mucus nasal, etc., il faut avant tout établir une distinction capitale entre le revêtement du vestibule nasal et la muqueuse des fosses nasales. Le premier est formé de peau et garni de poils, il contient des glandes sudifères et sébacées, il n'est pas partie constituante du nez : il ne fait qu'y donner accès.

« 2° L'inobservation de cette distinction ôte tout crédit aux expériences qui n'en ont pas tenu compte. Et même en observant cette distinction, il est difficile d'éviter l'erreur provenant d'une contamination accidentelle pendant la traversée du vestibule.

« 3° Les microbes se rencontrent toujours dans les poussières, le mucus desséché qui s'accroche aux vibrisses des sujets sains. En général, ils sont très abondants.

« 4° L'inverse s'observe sur la pituitaire; nous ne pouvons affirmer que les bacilles y soient complètement absents; à l'occasion on en peut rencontrer, mais ils sont des plus rares à l'état habituel; dans plus de 80 % de nos observations, nous n'en avons rencontré aucun, et le mucus était absolument stérile. Ces observations étaient limitées à la portion antérieure du nez, et comme seulement un quart de la cavité est accessible à l'examen, on conclura avec raison que les germes doivent être encore plus clairsemés dans les parties profondes des fosses nasales.

« 5° La présence d'organismes pathogènes est si rare que leur présence dans la membrane pituitaire peut être considérée comme une exception ».

Plus récemment, Fermi et Brettschneider ⁽¹⁾ ont traité le même sujet et ont rencontré un grand nombre microbes dans le nez, qui étaient pour la plus grande part des sarcines blanches. Des espèces pathogènes peuvent s'y montrer à l'occasion, surtout pendant le coryza. D'un autre côté, un élève de Lermoyez, Piaget ⁽²⁾ a confirmé récemment les observations de Thomson et Hewlett, ainsi que celles de Wurtz et Lermoyez.

⁽¹⁾ FERMI ET BRETTSCHEIDER. — *Archivio italiano di otolog.*, IV, fasc. I, 1896.

⁽²⁾ PIAGET. — *Annales des mal. de l'oreille*, t. 6v, 1897.

Après que nous avons déjà écrit la plus grande partie de notre mémoire, nous avons lu dans un compte-rendu des Laryngologistes de l'Allemagne du Sud, publié par la *Münchener med. Wochenschrift*, que Klemperer⁽¹⁾ critiquait directement les résultats de Thomson et Hewlett et ceux de Wurtz et Lermoyez et déclarait que l'intérieur du nez contenait toujours des germes. Nous n'avons pas eu l'occasion de lire dans l'origine le travail de Klemperer. Apparemment, il doit prendre certaines précautions de technique analogues aux nôtres. Il ne confirme pas non plus les opinions de Wurtz et Lermoyez à propos du pouvoir bactéricide du mucus nasal.

Le mémoire de Malato⁽²⁾ (*Archivio ital. di otol.*, fasc. 4, vol. VI, 1897) nous est parvenu trop tard pour que nous puissions l'étudier à fond, mais il semble aussi avoir rencontré divers espèces microbiennes dans les cas qu'il a observés, parmi lesquelles plusieurs pathogènes.

Les critiques de Thomson et Hewlett semblaient relever une source d'erreur dans le travail du Dr Wright. Il est très malaisé, en puisant du mucus dans l'intérieur du nez, d'empêcher la contamination par un poil du vestibule. Nous reconnûmes cette objection; et en admettant la possibilité de cette source d'erreur dans nos premières recherches, nous résolûmes de reprendre l'étude de cette question. Wright choisit une série de nez normaux, coupa soigneusement les vibrisses du vestibule avec des ciseaux stérilisés, puis lava le vestibule et la peau des narines avec une solution de bichlorure de mercure à 1/200^e, et fit des cultures avec du mucus nasal puisé aussi loin que possible entre la cloison et les cornets; cette récolte fut faite d'abord avec une anse de platine, bientôt remplacée par une sonde garnie à son extrémité d'un tampon de ouate, préalablement stérilisée dans un tube de verre, bouché d'ouate. Avant de s'en servir on passait rapidement la ouate à la flamme. On avait soin, en retirant le coton imbibé de mucus, d'empêcher qu'il ne vint en contact avec le vestibule; cette précaution était assurée par un spéculum stérilisé dans l'eau phéniquée

(1) KLEMPERER. — *Ref. Journ. of laryngology*, nov. 1896, p. 286.

(2) MALATO. — *Archivio italiano di otologia*, VI, fasc. 4, 1897.

à 1/20 : et à chaque prise de mucus, on changeait le spéculum. Ces tampons furent ensuite employés pour inoculer des tubes de gélatine et de sérum ainsi que des plaques d'agar et de sérum qui furent envoyées au Dr Park pour l'examen bactériologique. Parfois Park assista aux expériences cliniques, d'autres fois il les fit seules ou Wright les fit de son côté. On chercha de toutes les manières à éviter les sources d'erreur possibles.

RÉSULTATS DES EXPÉRIENCES. — La sécrétion de la muqueuse nasale normale ou presque normale de trente-six individus fut soumise à l'examen bactériologique. La quantité de mucus était en général très minime et puisée sur la moitié inférieure des cornets moyens.

Les cultures furent faites sur agar et quelquefois aussi sur gélatine, sur sérum et sur sérum-agar.

Voici les résultats de ces trente-six examens :

Pas de bactéries dans les cultures dans	6 cas
Moins de 50 colonies développées dans	8 —
Plus de 50 et moins de 100	8 —
— 100 développées	14 —
	<hr/>
	36 cas
Cas stériles en apparence	6
Non stériles	30

Sur les six cas stériles, cinq fois on retira le mucus avec une petite anse de platine et la quantité de mucus était si petite que cela explique en partie les résultats négatifs.

Deux lapins furent sacrifiés. Le crâne et le cerveau furent rapidement enlevés, et on pénétra avec des précautions antiseptiques dans les fosses nasales à travers la voûte crânienne. Le mucus ainsi obtenu dans les deux cas contenait de nombreuses bactéries. Comme on pouvait s'y attendre, le nombre des bacilles trouvés dans les cultures variait selon la manière dont on les faisait. Généralement c'est par les cultures sur sérum ou sérum-agar que l'on obtenait les colonies les plus nombreuses.

On ne chercha pas à identifier les diverses variétés de microcoques et de bacilles obtenues du mucus, excepté pour recher-

cher les streptocoques que l'on ne rencontra jamais. Ce fait contrastait avec les résultats obtenus par les cultures bactériennes de mucus nasal faites sur des enfants vivant dans un asile. On trouva le streptocoque chez 60 %. Dans aucun de ces cas la muqueuse nasale n'était absolument normale.

Un argument à invoquer contre l'effet bactéricide du mucus nasal, est la persistance des bacilles diphthériques ou pseudodiphthériques dans les fosses nasales de convalescents de formes bénignes de diphthérie nasale. Trois des cas cités plus haut (étudiants en médecine soignant des diphthériques) contenaient ces bacilles. Une expérience ayant pour objet d'essayer le pouvoir bactéricide du mucus nasal d'un lapin sur une sorte de bactérie habituée à germer dans le sérum sanguin d'un lapin a fourni d'intéressants résultats. Les voici :

Une goutte d'un bouillon de culture de streptocoques rendu extrêmement virulent pour des lapins par son passage à travers un grand nombre de ces animaux est instillée dans les narines de deux lapins. Ils succombent à une septicémie généralisée, l'un en deux jours, l'autre en trois jours. Dans ces cas les streptocoques pénétrèrent à travers la muqueuse nasale, ou, sans perdre leur virulence, ils pénétraient dans le pharynx où ils engendraient l'affection. Dans aucun des cas le mucus n'eut assez de pouvoir bactéricide pour détruire le bacille.

Ainsi que nos expériences tendent à le démontrer, on trouve constamment plus ou moins de bactéries dans les fosses nasales ; et cette observation est directement en opposition avec l'existence d'une action bactéricide marquée du mucus nasal.

D'ailleurs, un petit nombre d'expériences ont été faites directement sur ce point.

Dans un cas, le mucus nasal, après stérilisation à 55° C. pendant une heure deux jours de suite, n'eut pas d'effet bactéricide apparent sur les bacilles diphthériques, pseudo diphthériques, staphylocoques, streptocoques et sur un microque recueillis dans le mucus normal. Deux fois le mucus nasal récolté sur du coton hydrophile stérilisé, ayant séjourné un certain temps dans les fosses nasales, puis retiré ensuite, n'eut aucun pouvoir bactéricide sur ces microbes précédents, même après un contact de vingt-quatre heures, mais l'effet de ce

mucus stérile ou non sur la bactériodie charbonneuse fut très marqué.

Nos recherches ne confirment donc ni les recherches de Wurtz et Lermoyez, ni les conclusions de Thomson et Hewlett. Cependant il est juste de reconnaître que le mucus nasal n'est pas aussi riche en microbes qu'on ne l'avait primitivement admis *a priori*. Cela est dû :

1° A l'action de la *pesanteur* ; sans doute du mucus clair, descendant des régions nasales où l'air n'accède pas librement, descend à chaque instant balayer les germes que le courant aérien dépose sur les parties inférieures des fosses nasales.

2° A l'action des *cils vibratils* de l'épithélium de la pituitaire, qui vient en aide à l'effet de la pesanteur.

3° A ce fait que le mucus nasal, quoique possédant peu ou pas de pouvoir bactéricide pour la plupart des bactéries, est cependant un *mauvais milieu de culture*.

4° A l'action *filtrante des vibrisses*, quand elle existe (ne pas oublier que ces poils manquent chez les enfants et sont rares chez la femme).

5° A ce fait que l'air inspiré contient ordinairement peu de germes pathogènes, ceux-ci se multipliant en général dans de nombreux liquides.

Nous en concluons que, vis-à-vis des bactéries qui se développent dans le sang ou les sécrétions d'autres individus, le pouvoir bactéricide du mucus nasal est faible ou insignifiant, et ne peut prévenir une infection due à un apport de bacilles virulents par les instruments introduits dans le nez.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES CORPS ÉTRANGERS DU CONDUIT AUDITIF

Par le Dr **CARETTE**, médecin chef de l'Hôpital militaire de Saïda
(département d'Oran).

La variété énorme de corps étrangers qui peuvent pénétrer dans le conduit auditif externe, et plus encore la diversité des symptômes observés dans ces circonstances, donnent de l'intérêt à chaque cas. Aussi pensons-nous être utile en citant l'observation suivante :

Le 17 juillet 1897, vers 5 heures du soir, on nous amène à l'Hôpital militaire le nommé M... (Virgile), âgé de 33 ans, cultivateur à Nazereg, petit village situé à 5 kilomètres de Saïda.

Le malade marche, répond bien aux questions, est très calme et nous raconte lui-même tous les détails de l'accident qui lui est arrivé le matin même vers onze heures.

Se trouvant dans une grande cave, M... le genou gauche à terre, le coude droit posé sur le genou droit, examinait un revolver ancien modèle, calibre 9 millimètres, à broche, lorsque la porte de la cave placée derrière lui s'ouvre brusquement. Dans la position où il se trouvait le malade se retourne pour voir l'arrivant, entend un coup de feu mais ne se doute qu'il est blessé que quelques minutes après en voyant ses vêtements maculés par le sang.

M... reçoit dans la ferme les premiers soins qui consistent en lavages avec de l'eau salée et est envoyé à l'hôpital.

17 juillet. — Nous l'avons dit déjà M... ne présente aucun trouble de la motilité ni de l'idéation, les pupilles sont égales et normales, pas de paralysie faciale, rien du côté de la conjonctive; on peut déjà admettre que le projectile n'a pas pénétré dans la boîte crânienne.

Les mâchoires sont serrées ne pouvant s'écarter que de cinq à six millimètres seulement, la douleur que provoque leur écartement est assez vive, mais au repos le malade ne souffre pas.

Le pavillon droit paraît intact, il est cependant rempli de caillots qui une fois enlevés laissent voir à la partie supérieure et antérieure de la conque une plaie contuse à bords bien nets paraissant s'étendre dans la profondeur du conduit et au dehors.

contournant le cartilage hélicoïde qu'elle sépare du tragus pour venir se terminer environ à la moitié de l'hélix qu'elle contourne.

L'acuité auditive paraît complètement détruite pour l'oreille droite dans laquelle le malade accuse un bruit de moulin.

Température 37°3, pouls 82.

Nous prescrivons la diète lactée, un lavage de l'oreille avec de l'eau boricuée à 40/1000 et un pansement au sublimé sur le pavillon.

18 juillet. — Température du matin 37°4. La nuit a été très bonne ; très peu de douleur, pas de gonflement de la région, pas d'hémorragie, aucun symptôme spécial dans le territoire du facial.

Nous procédons à un interrogatoire minutieux du malade qui confirme les faits que nous avons notés plus haut mais ne peut nous renseigner sur le volume du projectile.

	Oreille droite	Oreille gauche
Perception aérienne . . .	0	Normale
Perception crânienne . .	0 0 0 0	1 2 3 4
Diapason vertex	0	Normal
Rinne	0	+
Bruits	de moulin	0

A l'autoscope l'oreille gauche est normale, l'oreille droite présente dans la conque la déchirure signalée plus haut.

Le conduit débarrassé par des irrigations et des frottements avec des tampons de ouate flambée, de tout le sang qu'il contenait, présente l'aspect suivant :

Le conduit membraneux est dilatable par suite de la déchirure qu'il porte à sa partie antéro-supérieure, le canal osseux est intact mais son revêtement est contus, déchiré, pendant en lambeaux plus ou moins mobiles et adhérents, de couleur noirâtre ou blanchâtre.

A l'entrée du canal osseux et en haut, on voit l'os dénudé complètement, à la partie inférieure on trouve un petit pertuis qui sépare la paroi du canal d'un corps noir qui obstrue tout le reste du conduit dans lequel il paraît moulé très exactement et comme forcé. La partie externe du corps étranger se trouve à environ deux millimètres de l'entrée du canal osseux.

Le corps étranger lui-même est dur, rugueux, absolument enclavé et immobile ; le stylet indique la résistance du plomb, il n'y a plus de doute, nous sommes en présence de la balle.

L'état général et même l'état local étant satisfaisants nous nous contentons de refaire le pansement de la veille après avoir bien aseptisé les parties au moyen d'une solution de sublimé au 2/1000 et dans l'après-midi nous allons à la ferme visiter les lieux, voir l'arme et prendre une balle qui mesure neuf millimètres de diamètre sur onze de longueur.

Le soir l'état du malade est le même : température 37°4.

19 juillet. — Nuit bonne, température du matin, 36°9. Nous procédons à la toilette antiseptique de l'oreille et après un lavage minutieux nous faisons un examen qui nous donne le résultat suivant :

Oreille droite	{	Perception aérienne (montre)	0m,05
		Perception crânienne	1 2 3 4 (faibles)
		Diapason vertex	+
		Rinne.	—
		Bruit de moulin	fort

La réapparition de la perception crânienne et d'une partie de l'acuité auditive montre que l'oreille interne n'a été qu'ébranlée par le traumatisme ; dès la veille l'absence de vertiges nous avait fait admettre l'intégrité des canaux semi circulaires mais nous craignons une lésion du limaçon. Aujourd'hui en possession d'un projectile semblable à celui qui a pénétré dans le conduit nous pouvons poser le diagnostic suivant :

« Corps étranger (balle), intégrité de l'oreille interne, intégrité probable de l'oreille moyenne et de la membrane du tympan ».

Nous faisons quelques tentatives pour mobiliser la balle, d'abord au moyen de grands lavages, ensuite au moyen de pinces diverses ; tout est inutile, le projectile s'est moulé sur le conduit dans lequel il est forcé.

Dans la journée une dépêche de M. le Directeur du Service de Santé d'Oran nous engage à opérer.

20 juillet. — Après avoir passé une très bonne nuit, M... dont la température ne dépasse pas 36°9 est conduit à la salle d'opérations où nous nous trouvons assisté de notre camarade Gœbel, Médecin Major de 1^{re} classe au 2^e Etranger, de MM. les Aides-Majors, Fournial et Bouillet.

Sous le chloroforme, nous faisons en arrière du pavillon, à deux millimètres du sillon, une incision courbe de six centimètres de long ; puis, rasant l'os, nous arrivons sur le conduit que nous indique une pince de Péan introduite dans le pavillon.

Le conduit membraneux est largement sectionné en arrière

au niveau de sa jonction avec le canal osseux, le tout rabattu est maintenu en avant au moyen d'un écarteur.

L'auriculaire postérieur n'est pas intéressé.

A ce moment commence un travail pénible qui a duré une heure et demie ; n'ayant pu mobiliser le projectile, nous avons dû le réduire en copeaux minces avec des gouges et des burins qui nous servent pour les trépanations de l'apophyse ; enfin, après bien du travail la dernière lamelle est enlevée et nous pouvons voir la membrane rouge, hyperémisée mais intacte ; nous sommes encore obligé de détacher avec une curette de dentiste les lamelles de plomb qui restent mouillées et accolées sur les parois ; puis, le tout irrigué largement avec une solution de sublimé au 2/1000 nous plaçons trois points de suture et un gros drain dans le conduit, toute la région est ensuite recouverte d'un pansement humide au sublimé.

Le soir, température 37°7 ; le malade est gai, dit bien entendre.

21 juillet. — Nous refaisons le pansement le matin bien que la température soit restée normale. Le drain retiré laisse voir le conduit auditif blanchâtre, la muqueuse se sphacèle dans toute l'étendue du conduit. Les bords de la plaie opératoire sont accolés, sans rougeur ni gonflement.

L'acuité auditive est très relevée, à 50 centimètres, le malade entend très bien la voix chuchotée.

Lavage au bichlorure 0,50/2000, drain et pansement au bichlorure au 1/1000.

Le soir température 37°2.

22 juillet. — Matin, Température 36°9 le soir 37°2. La nuit a été moins bonne que la précédente, il existe un peu de douleur au niveau de l'articulation de la mâchoire et un léger empatement tout autour du pavillon, cependant les lèvres de l'incision sont bien adhérentes entre elles et il n'y a de pus que dans le conduit auditif. Les arcades dentaires ne peuvent plus s'écarter.

La perception crânienne existe normale à droite, la perception aérienne est de 0,40 pour la voix chuchotée. Le Rinne est négatif.

Par le conduit s'écoule une sérosité purulente peu fétide contenant des lambeaux de tissus sphacilés. On fait un pansement au salol et sublimé après lavage au sublimé au 1/2000.

Régime. — Lait 3 litres, 4 œufs à la coque.

23 juillet. — Même état. — Pansement.

24 juillet. — d°.

25 juillet. — Même état, suppuration abondante du conduit, pansement. — L'irrigation amène la sortie de 8 ou 10 parcelles de plomb de la grosseur d'une tête d'épingle.

26 juillet. — Même état.

27 juillet. — Même état, — pansement, — la suppuration du conduit est un peu moins abondante.

28 juillet. — Même état.

29 juillet. — Un nouveau pansement est appliqué le matin, pendant cette opération quelques parcelles de plomb sont encore éliminées.

Le pus qui s'écoule est bien peu odorant, jaune clair, la mastification redevient possible pour tous les aliments, apyrexie complète.

La plaie opératoire est complètement cicatrisée, les fils de suture sont enlevés.

31 juillet. — Même état, sortie d'un petit morceau de plomb, suppuration moins abondante,

3 août. — Nouveau pansement pendant lequel nous constatons que l'acuité auditive pour la voix chuchotée est de 1 mètre ; à cette distance le malade répète de suite tous les mots que nous prononçons.

L'écoulement est peu abondant.

5 août. — Pansement, — même état. — A partir de ce moment l'état local du malade s'améliore tous les jours, la suppuration du conduit diminue ; les pansements faits tous les matins consistent en un lavage au sublimé à 1,50/1000 avec drainage au moyen d'une bande de gaze imbibée (solution au 1/1000) introduite jusqu'au fond du conduit.

Le 15 un petit morceau de plomb de la grosseur d'une tête d'épingle tombe dans l'eau du lavage.

Le 16. — d°.

Du 16 au 24 la suppuration du conduit va en diminuant tous les jours, le pansement journalier n'est pas modifié.

24 août. — Le malade réclame la sortie.

Oreille droite	Perception aérienne	montre.	0 ^m .80
		voix chuchotée. . .	2 ^m
	Perception cranienne	. 1, 2, 3, 4, normale.	
	Diapason vertex	±
	+ Rinne.	

Examen otoscopique. — Le conduit est encore rouge, on y trouve à la partie inférieure surtout quelques plaques bourgeon-

nantes en voie de cicatrisation. La membrane un peu vascularisée porte, très visible, l'empreinte du manche et de l'apophyse, le triangle est réduit à un point ombilical.

Nous engageons fortement le malade à venir nous voir tous les jours pour faire refaire son pausement mais nous ne le revoyons plus.

Réflexions. — L'histoire du nommé M... est intéressante à plusieurs points de vue. Nous avons revu quatre ou cinq traités spéciaux des maladies de l'oreille qui composent notre petite bibliothèque de médecin militaire sans trouver trace d'un cas analogue à celui que nous venons d'observer ; il est, en effet, rare de voir un coup de revolver tiré dans l'oreille à bout portant n'avoir pour résultat que l'enclavement du projectile dans le conduit sans lésion du facial, sans éclatement de la paroi antérieure du conduit osseux ; en effet, chez notre malade nous n'avons observé aucun désordre nerveux dans le territoire du facial et du côté de l'articulation temporo-maxillaire, tout s'est borné à un peu d'arthrite qui a complètement guéri.

Un autre fait remarquable mais plus banal c'est l'innocuité de l'incision de Wilde et la rapidité avec laquelle s'est cicatrisée par première intention cette grande plaie opératoire.

Enfin nous pouvons signaler le procédé que nous avons employé pour réduire en copeaux fins une balle de plomb qu'on ne pouvait mobiliser ni extraire du conduit.

III

SUR LES COMPLICATIONS ENDO-CRANIENNES DES OTITES MOYENNES PURULENTES

Par le Prof. G. Gradenigo (Turin) ⁽¹⁾.

Les nombreuses observations publiées au cours de ces dernières années ont permis de reconnaître que les interventions opératoires réussiraient bien mieux dans les complications otitiques, si le diagnostic était certain avant l'opération. Les opérations exploratrices ne donnent pas toujours de résultat et sont parfois dangereuses. Lorsque des accidents cérébraux obligent le malade à entrer à l'hôpital c'est qu'on est déjà parvenu à la période terminale, qui, comme on le sait, non seulement pour les méningites, mais aussi pour les abcès cérébraux, et surtout pour la thrombose septique des sinus, peut avoir une marche rapide. Dans ces conditions, le chirurgien qui non guidé par un diagnostic précis va à la recherche d'un foyer morbide, n'est pas autorisé à pratiquer ces larges interventions, qui souvent permettent seules de faire le diagnostic dans certains cas et de lutter efficacement contre la maladie. L'intervention exploratrice hâte fréquemment les complications pré-existantes ou favorise l'éclosion de nouveaux accidents. Trop souvent des abcès cérébraux ou des thromboses des sinus échappent à une exploration prudente, pour qu'on ne puisse douter de la valeur de cette intervention. Nos efforts doivent tendre à établir le mieux possible le dia-

(1) J'exposerai dans ce travail quelques considérations de diagnostic et de technique opératoire, déduites de mes observations personnelles et des cas opérés durant ces deux dernières années, comprenant 21 abcès extraduraux, 9 thromboses septiques des sinus, 10 leptoméningites, 4 abcès cérébraux et 2 abcès cérébelleux.

gnostic ; du reste, le perfectionnement de la technique opératoire permet de considérer l'exactitude du diagnostic comme le principal élément de succès dans ce groupe d'affections.

Les difficultés du diagnostic précis dérivent de trois causes principales : la marche latente ou presque latente de certaines complications, masquées par les symptômes des lésions auriculaires, la fréquente simultanéité de deux ou plusieurs complications otitiques, finalement la communauté des symptômes des diverses complications.

A part les symptômes de foyer qui, lorsqu'ils existent, facilitent beaucoup le diagnostic, les signes principaux des diverses complications sont les suivants :

1° *Névrite optique*. — Symptôme très précieux, fréquent dans l'abcès, moins répandu dans la méningite, ordinairement la névrite fait défaut ou est peu prononcée dans la thrombose des sinus non compliquée. On peut la rencontrer dans l'abcès extra dural périsinusien, mais elle ne paraît pas être en rapport direct avec l'extension et la gravité de cette dernière lésion. L'examen de nos observations nous force à confesser que le lien existant entre les complications susdites et la névrite optique nous échappe encore actuellement.

De toute façon puisque je n'ai pu me persuader de l'existence possible de ce symptôme dans les affections auriculaires non compliquées, je crois que la constatation de la névrite chez des individus atteints d'otite purulente a une grande importance pour faire suspecter des complications éventuelles. On ne devrait jamais négliger l'examen ophtalmoscopique des malades affectés d'otite purulente (Zaufal), d'autre part, on n'oubliera pas que la papillite existant chez un otorrhéique peut dépendre de causes indépendantes des lésions de l'oreille; de plus, lorsque les lésions ophtalmiques sont peu marquées, il est difficile, même à un oculiste éprouvé, de distinguer celles qui sont dues aux papillites, de celles qui sont en rapport avec d'autres affections.

2° *Céphalalgie*. — La céphalée est un des signes les plus fréquents des complications endo-crâniennes ; elle existe toujours dans les abcès cérébraux, et d'une manière très intense dans la leptoméningite, bien que dans certains cas elle semble

faire défaut ; elle manque ordinairement dans la thrombose non compliquée ou bien elle se montre d'une façon discrète à une période déterminée de la maladie.

On ne perdra pas de vue la possibilité de céphalées graves, au cours d'otites syphilitiques ; elles ont pour signe distinctif de s'aggraver pendant la nuit et cèdent rapidement sous l'influence d'iodures alcalins. L'interprétation correcte de la nature de ces céphalalgies est rendue très difficile car elles proviennent d'habitude de l'aggravation de lésions auriculaires existant auparavant et s'accompagnent d'autres accidents nerveux. Il ne faut pas oublier que la céphalée même grave est souvent rebelle à tout traitement chez de jeunes sujets hystériques ou nerveux atteints d'otorrhée. Ces deux sortes de céphalalgie méritent plus que par le passé l'attention des cliniciens ; je suis persuadé que si on les avait reconnues plus tôt on aurait épargné beaucoup d'opérations inutiles. On peut affirmer que la céphalée n'autorise pas les interventions endocrâniennes qui n'ont pas un caractère purement explorateur.

3° *Ralentissement du pouls.* — Symptôme très important pour le diagnostic d'un abcès ou d'une méningite incipiente ; malheureusement, il fait souvent défaut.

4° *Rigidité de la nuque ou du cou.* — Elle se rencontre très fréquemment et provient de causes diverses ; on l'observe dans la méningite, l'abcès cérébelleux et la thrombose septique du sinus. Dans ce dernier cas la rigidité du cou ou sa contraction unilatérale avec déviation de la tête du côté sain ou du côté malade peut dépendre.

a. De l'irritation méningée provoquée par la thrombose.

b. De l'existence d'un abcès profond à la base du crâne par diffusion de la thrombose à travers le plexus occipital.

c. De la présence d'un abcès profond péri-jugulaire par diffusion de la thrombose le long de la veine jugulaire.

d. De l'existence d'une simple péri-phlébite jugulaire. Chacune de ces modalités se distingue suffisamment par des caractères différentiels.

5° *Difficulté de la déglutition.* — Quand ce symptôme ne dépend pas d'une inflammation pharyngienne, il indique une thrombose du sinus et mérite plus d'attention qu'on ne lui en

a accordé jusqu'ici, parce que, d'après mon expérience, il est plus fréquent qu'on ne le croit. Puisque les cas de thromboses du sinus, du bulbe et de la jugulaire non compliqués ne sont pas accompagnés de ce symptôme, on admettra que la compression des nerfs du foramen jugulaire ne suffit pas à le provoquer, mais qu'il provient d'abcès secondaires, profonds du cou.

6° *Vertiges et nausées.* — Accidents manifestes dans les labyrinthites purulentes aiguës et au début de la leptoméningite purulente qui les accompagne, on les observe également dans les thromboses du sinus sans complications et dans l'abcès cérébelleux.

7° *Fièvre.* — Généralement elle n'apparaît qu'à la période terminale des abcès, elle est très élevée, persiste dans la leptoméningite purulente et affecte un caractère pyémique dans la thrombose. Au contraire, elle fait défaut à la période initiale de la méningite, peut être élevée et ne jamais revêtir l'aspect pyémique dans la thrombose.

8° *Réflexes patellaires et réflexes superficiels.* — Ils ne permettent pas d'établir le diagnostic ; ordinairement ils manquent dans la méningite, et sont exagérés, surtout du côté opposé à la lésion, dans les abcès cérébraux ; d'habitude ils ne présentent pas de modifications dans la thrombose non compliquée.

On groupera les signes diagnostiques les plus fréquents dans les quatre formes principales : *Abcès extraduraux, thromboses du sinus et de la jugulaire, leptoméningite purulente, abcès cérébraux et cérébelleux.*

ABCÈS EXTRA-DURAUX

Leurs symptômes sont le plus souvent masqués par ceux de la lésion otitique ; c'est seulement par exception que l'on observe des phénomènes analogues à ceux que produisent les collections cérébrales. Les abcès cérébraux se manifestent par deux signes principaux : le moins rare est une tuméfaction circonscrite ou diffuse (par œdème ou abcès sous-périostique) correspondant à la veine émissaire ou simplement une douleur

à la pression ou à la percussion dans cette région, sitôt à l'intérieur de l'apophyse mastoïde qui peut ne pas être altérée. Un autre symptôme et la papillite optique (que j'ai rencontrée dans trois cas sur onze malades).

THROMBOSE OTITIQUE DU SINUS

Les signes varient selon le segment thrombosé. En général, on peut dire que l'état général grave du malade contraste avec l'absence de troubles nerveux. Ordinairement les symptômes décrits comme classiques sont absents ou peu accentués ; ce sont : la tuméfaction correspondant à l'émissaire, la différence de plénitude des veines superficielles du cou des deux côtés ; même lorsque la thrombose s'étend à la jugulaire, on ne palpe pas habituellement un cordon dur manifeste, mais on reconnaît seulement un tassement profond mal délimité de la région jugulaire. J'ajoute qu'une palpation diligente n'est pas sans péril pour le malade et est assés douloureuse. Les signes diagnostiques principaux, chacun desquels pouvant manquer isolément, sont la fièvre pyémique, la rigidité de la nuque ou la contraction des muscles de la moitié correspondante du cou, les vertiges, les vomissements, l'agitation que le malade ne peut expliquer, les troubles de la déglutition et rarement une papillite légère. On observe souvent la tuméfaction de la rate et la diarrhée. Quand la fièvre élevée n'a pas un caractère pyémique, le diagnostic différentiel avec la leptoméningite est malaisé ; d'habitude la marche de la thrombose est plus lente. L'apparition d'accidents pulmonaires caractéristiques ou la formation d'un abcès profond au cou assurent le diagnostic. Un de mes malades fut atteint de gonflement bilatéral de la face sans chemosis de la conjonctive.

Lorsque la thrombose est limitée au bulbe supérieur de la jugulaire, la fièvre peut faire défaut ; même le sinus sigmoïdal mis à nu par l'opération peut conserver ses mouvements respiratoires et pulsatiles, et rendre du sang par une incision.

Les signes de la thrombose des sinus caverneux et des veines ophtalmiques sont trop connus pour que je les retrace ici.

LEPTOMÉNINGITE PURULENTE OTITIQUE

La symptomatologie de la leptoméningite peut être très variable, car elle est en rapport non seulement avec la qualité et la virulence des microbes qui la produisent, mais encore avec la localisation de l'affection. La fièvre peut être élevée ou modérée, avec ou sans frissons, faire défaut ou se montrer à une période avancée de la maladie, on observe parfois de la torpeur intellectuelle, du délire. L'incubation est très rapide, la durée brève. Ordinairement la maladie se propage de l'oreille moyenne aux méninges à travers le labyrinthe ; l'apparition des accidents méningitiques est précédée de symptômes de labyrinthite, surtout de vertiges et de vomissements incessants. Il résulterait de quelques-unes de mes observations que la durée de transmission est de trois ou quatre jours ; elle peut être précédée d'une paralysie ou parésie faciale otitique qui s'établit avec de violentes douleurs. J'ai cru m'apercevoir que l'intervention étendue sur la caisse et sur la mastoïde était inutile après l'éclosion des troubles labyrinthiques et qu'elle hâtait plutôt la marche de la maladie. D'autres fois la diffusion a lieu à travers le sillon sigmoïdal, dans ce cas les symptômes labyrinthiques sont absents. La méningite revêt fréquemment un caractère spinal. On observe souvent la papillite, l'abolition des réflexes patellaires, l'hyperesthésie superficielle profonde des artères.

On n'oubliera pas que des otorrhéiques peuvent souffrir de méningites tuberculeuses ; le diagnostic différentiel est difficile dans certains cas, parce que la méningite peut être causée par des lésions otitiques presque latentes.

La piqure de Quincke a une valeur diagnostique certaine.

ABCÈS CÉRÉBRAUX ET CÉRÉBELLEUX

Ces abcès peuvent ne pas provoquer d'accidents, quand ils débutent ou lorsqu'ils accompagnent d'autres complications. Généralement ils occasionnent la céphalée, la papillite, un ralentissement du pouls, l'exagération des réflexes patellaires.

L'abcès cérébelleux provoque facilement la rigidité de la nuque.

Nous n'insisterons pas ici sur les symptômes de foyer parmi lesquels dominent les troubles de motilité du facial et des artères du côté opposé, l'aphasie, l'hémianopsie péricérébrale, la paralysie de l'artère supérieure du côté lésé, la déviation conjuguée des yeux et de la tête, soit du côté lésé, soit du côté opposé par l'abcès cérébelleux. Ces deux derniers symptômes peuvent se manifester à un stade avancé de l'affection cérébelleuse.

CONSIDÉRATIONS A PROPOS DE LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La méthode à laquelle on accorde habituellement la préférence dans les cas de complication endo-crânienne est l'intervention à travers la mastoïde, le tegmen antri, le tegmen tympani, complétée éventuellement par l'ouverture à travers la partie la plus basse de l'écaille du temporal ou à travers l'écaille occipitale.

Dans les thromboses du sinus, lorsque ce dernier n'est pas atteint par les lésions mastoïdiennes, il faut le mettre à nu depuis l'intérieur à travers l'écaille occipitale, surtout chez les sujets à crâne épais et compact. Comme le fait remarquer Jansen, la présence des mouvements pulsatiles et respiratoires du sinus et les particularités de coloration des parois n'ont aucune valeur pour faire exclure ou admettre la thrombose. D'après mes observations, même l'issue du sang du sinus à la suite de piqûre ou d'incisions n'exclut pas une thrombose infectieuse soit pariétale, soit limitée au bulbe, ce qui arrive fréquemment. Dans ces cas on se laissera guider plus par l'état général du malade que par le résultat opératoire, surtout par la présence de phénomènes pyémiques. Quand le diagnostic de thrombose septique s'impose, on n'attendra pas, pour intervenir largement, la venue de complications pulmonaires ou méningitiques rendrait inopérable un malade qu'on aurait pu sauver. En raison de la fréquence d'un foyer infectieux limité au bulbe, cette intervention doit consister en la ligature

de la jugulaire et de la veine faciale immédiatement suivie de l'ouverture large du sinus.

Quant à l'abcès cérébral ou cérébelleux, lorsque le diagnostic fournit les plus grandes probabilités et que l'état du malade est grave au point de nécessiter une intervention rapide et peu agressive, il faudra immédiatement ouvrir l'abcès par la craniotomie au risque d'opérer en un second temps sur le temporal. La conduite du chirurgien variera selon que l'abcès sera simplement suspecté ou que sa présence sera des plus probables. Dans le premier cas on se livrera à une exploration devant, en cas de résultat négatif, nuire le moins possible au malade ; cette exploration s'effectuera à l'aide d'une canule aiguille ayant un orifice de trois millimètres (piqûre suivie d'aspiration) soit après l'incision de la dure-mère, soit à travers cette dernière ; dans le second cas il s'agit uniquement de l'évacuation d'un abcès, qui doit être ouvert le plus largement possible d'après les règles de la chirurgie.

Je n'entrerai pas ici dans le détail du traitement consécutif à l'ouverture d'un abcès cérébral, qui a au moins autant d'importance que l'opération elle-même.

IV

UN MIROIR LARYNGENDOSCOPIQUE

Par le Dr **MERMOD** (d'Yverdon).

L'image du larynx telle que nous la donne le miroir de Garzia-Türck, ne répond pas à la réalité ; c'est une image déformée et incomplète.

Nous ne pouvons juger du véritable aspect d'un espace clos, si nous n'examinons pas tour à tour les parois, notre rayon visuel tombant plus ou moins perpendiculairement sur chacune d'elles. De même nous n'avons pas une idée exacte de la cavité laryngienne vue depuis en haut, puisqu'elle ne peut nous donner que des *raccourcis* des faces verticales. Il n'est pas besoin d'insister là-dessus. L'examen direct du larynx, l'autoscopie de Kirstein, quand il est praticable, ne nous renseigne pas mieux.

C'est surtout la paroi postérieure de l'organe, l'espace interaryténoïdien, que nous avons de la peine à voir convenablement avec le laryngoscope ; et pourtant chacun sait de quelle importance est l'image exacte de cette région, le lieu d'élection de tant de processus. Sans doute, dans certaines dispositions anatomiques favorables, ou en modifiant de certaine façon la technique laryngoscopique, on arrive à voir dans un angle pas trop aigu ; si le malade renverse fortement la tête en arrière, la commissure antérieure apparaît mieux ; en imprimant à la tête divers mouvements de rotation, on éclaire mieux un côté du larynx ; enfin, si l'examineur se place au-dessous, agenouillé devant le malade projetant la tête en avant, la paroi postérieure se dégage. Mais, ou bien la muqueuse interaryténoïdienne est renflée en haut vers son bord libre, ou bien ce dernier s'avance en dedans dans la lumière de l'organe, ou

bien le plus souvent la surface de la région est convexe transversalement au milieu de sa hauteur, cachant la moitié inférieure, quelle que soit la position prise par observateur et malade.

Dans ces cas, disons-nous, et ils sont fréquents, la face postérieure ne se présente pas même en raccourci, mais se soustrait plus ou moins à l'examen. Nous pouvons en dire autant de l'espace sous-glottique, de la face inférieure des cordes vocales, et aussi du sinus de Morgagni masqué par une fausse corde vocale trop épaisse.

Quelle différence dans l'aspect d'une tumeur ou d'une ulcération, suivant qu'on la voit de face ou en raccourci depuis la base de la luette! N'est-ce pas de là que proviennent en grande partie nos illusions de diagnostic, révélées dans le cours d'une opération de laryngo-fissure.

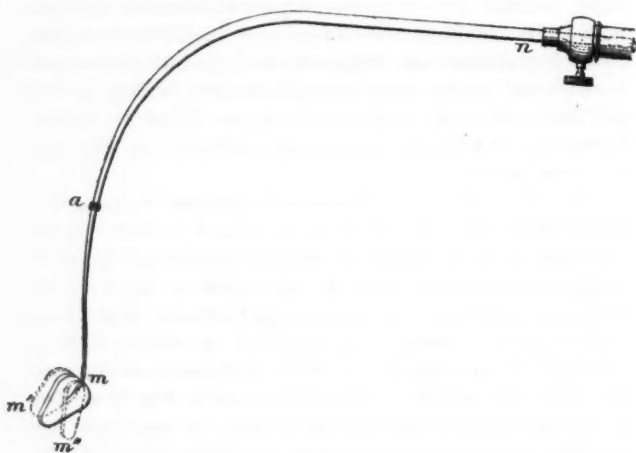


Fig. 1.

Avant de songer à l'emploi d'un miroir, j'ai longtemps cherché à rendre accessible à la vue une région masquée, en appuyant au-dessus avec une sonde laryngée aplatie en spatule

à son extrémité. Mais il est bien plus facile de compléter le laryngoscope en introduisant un second miroir dans l'intérieur même du larynx. L'idée en est si simple, l'exécution si aisée, et le résultat si satisfaisant, qu'il est étonnant qu'on n'y ait pas songé depuis longtemps.

L'instrument dont je me sers, et que je propose d'appeler *laryngendoscope*, se compose d'un miroir ovale-lancéolé, rappelant celui de Türk. De cinq grandeurs différentes, ce miroir est vissé en *a*, et peut tourner sur lui-même ; la vis d'arrêt *a* le fixe dans la position voulue ; enfin, la tige *am* est aussi mince et malléable que possible, ce qui permet d'incliner plus ou moins le miroir en *m' m''*.

La tige métallique *an* plus rigide, présente la forme et la courbure de tout instrument laryngé, et se fixe dans un manche ordinaire par son extrémité postérieure à quatre faces, et non cylindrique.

Nous avons donc un miroir fixable dans une position quelconque, soit d'avant en arrière, soit en mouvement rotatoire ; l'instrument est des plus simples, léger, peu coûteux, facile à nettoyer. Il est à peine besoin d'en indiquer le mode d'emploi : le laryngoscope tenu de la main gauche dans la position classique, on pénètre plus ou moins profondément dans la glotte avec le laryngendoscope auquel on a donné l'inclinaison nécessaire, quitte à retirer l'instrument pour la modifier.

Il va sans dire qu'une cocaïnisation suffisante est nécessaire.

Le malade doit apprendre à ouvrir le plus possible sa glotte en respirant largement et sans bruit. Une bonne source lumineuse est indispensable, puisque la lumière doit être réfléchie trois fois.

Nous avons cherché, sans y réussir complètement, à modifier à volonté l'inclinaison du miroir, par un mécanisme semblable à celui du rhinoscope de Michel. Du reste, cette transformation aurait rendu l'instrument beaucoup plus compliqué, plus difficile à nettoyer, et surtout plus coûteux. La tige voisine du miroir, avons-nous dit, est suffisamment mince et flexible pour permettre toutes les positions possibles d'avant en arrière ; la solidité n'est guère nécessaire ici, comme pour le laryngoscope, puisque l'instrument doit être introduit déli-

catement sans rencontrer la moindre résistance dans la glotte ouverte.

L'examen complet d'un larynx ne nous paraît pas possible sans l'emploi du petit miroir endolaryngé, et dans nombre de cas, il permet d'assurer ou de compléter un diagnostic. En voici un exemple que nous choisissons parmi beaucoup d'autres :

Femme de 35 ans, de robuste constitution, nullement nerveuse ; depuis quelques temps, toux sèche quinteuse, coqueluchoïde, insomnie, la malade ne peut rire et pousser la voix sans être prise d'un violent accès, accompagné parfois de spasme inspiratoire. Voix légèrement couverte le matin. Rien d'anormal dans le nez ni dans le pharynx supérieur ; aucune sécrétion ; le pharynx inférieur rose, présente quelques granulations isolées, dont la cautérisation est sans influence sur la toux.

Le larynx examiné très soigneusement ne présente rien d'anormal, si ce n'est une très légère rougeur des cordes inférieures dans leur tiers postérieur. Muqueuse interaryt. lisse, rose, aussi bien qu'on peut l'apercevoir. Badignonnages et inhalations calmantes restent sans résultat : le chloral et bromure amènent quelque soulagement la nuit. L'auscultation répétée nombre de fois en présence d'une toux aussi tenace, ne donne rien : pas le plus léger signe de catarrhe aux bases, absence absolue de rhonchus. — Aucun signe de ganglions péribronchiques. — Rien dans les conduits auditifs.

Avant de rechercher plus loin la cause possible de cette « toux nerveuse », la voix légèrement couverte, la teinte rosée des cordes, et aussi l'impression pénible que produit dans la région du larynx l'inspiration de l'air froid, m'engagent à revoir le larynx. Le petit miroir, dont je commençais alors l'emploi, appliqué entre les deux cordes, dans la commissure antérieure, me montre la muqueuse interaryt. dans toute son étendue ; dans sa partie inférieure, un peu à droite de la ligne médiane, je découvre une petite fossette ovale d'environ 4 millimètres de diamètre, à fond ulcéré inégal, de couleur gris bleuâtre.

Disparition rapide de la toux après deux cautérisations, une première au nitrate, la seconde au galvanocautère.

Au moment d'envoyer la présente communication promise à

la rédaction, je découvre incidemment que l'idée du miroir endolaryngé n'est pas nouvelle, et je me hâte de donner tous les droits de priorité à A. Rosenberg, lequel dans le n° de décembre 1887 des *Therapeutischen Monatschriften*, propose l'emploi d'un miroir endolaryngé de forme triangulaire, et mobile d'avant en arrière seulement, au moyen d'une chaînette articulée glissant dans une tige creuse fixée elle-même dans un manche à trois anneaux. Si j'ai ignoré mon prédécesseur, depuis six mois que j'emploie mon laryngendoscope, c'est qu'aucun catalogue de nos principaux constructeurs français et allemands ne fait mention d'un instrument semblable, et je me disais que si l'idée avait été émise avant moi, elle aurait certainement été utilisée. Si le miroir de Rosenberg paraît être resté dans l'oubli, ou est peu employé, cela provient peut-être d'un mécanisme beaucoup plus compliqué que le mien, appliqué à un miroir mobile seulement dans deux sens ; puis l'instrument doit être plus lourd, beaucoup plus coûteux, et bien difficile, sinon impossible à nettoyer. Question de priorité à part, mon but est atteint si je réussis à réveiller l'attention de mes collègues sur un mode d'examen du larynx digne d'être employé ⁽¹⁾.

(1) Le laryngendoscope, avec cinq grandeurs de miroirs, se trouve chez Walter-Biondetti, fabricant d'instruments à Bâle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

2^e Réunion annuelle tenue à Vienne le 27 et 28 juin 1897 ⁽¹⁾.

1. G. ALEXANDER. — Sur l'anatomie et le développement de la partie supérieure du labyrinthe chez les mammifères, (paraîtra in-extenso dans le *Monats. f. Ohrenh.*).

2. PANZER. — Sur les opérations radicales chez les enfants. — Comme auriste de l'hôpital d'enfant de Sainte-Anne, P. a eu l'occasion durant ces six derniers mois de pratiquer une série d'opérations radicales pour des caries du rocher, quelques-unes dans des cas d'otite moyenne suppurée chronique ancienne, d'autres pour des caries aiguës. Quant à la technique opératoire, j'adopte pour les formes chroniques l'opération radicale typique préconisée par Küster, Bergmann, Stacke, Zaufal, dans les cas aigus, on ne peut adopter un mode d'intervention uniforme, en tout cas, on fera d'abord une large ouverture. Je varie pour la plastique du conduit auditif, soit que j'enlève complètement la paroi postérieure du conduit et le transforme en une semi gouttière formée par la paroi antérieure, je ne fais pas la transplantation. Jamais je n'ai eu d'accidents consécutifs à l'opération. Sur 18 cas, j'ai traité dix fois la carie aiguë, huit fois la suppuration chronique, le cholestéatome, etc. Les destructions étaient bien plus étendues dans les cas aigus que chez les chroniques.

La carie allait de l'apophyse mastoïde au toit de la caisse du tympan ; la paroi antérieure du conduit auditif, la paroi médiane de la caisse, dépassaient les limites ordinaires et donnaient lieu à un abcès sous-dural. Les osselets étaient cariés dans les cas tout à fait aigus, mais la plupart du temps ils étaient sains et seulement recouverts de masses granuleuses. Chez sept enfants la guérison fut complète ; on ne trouve pas trace de pus dans la cavité qui est revêtue d'un tissu cicatriciel dur et brillant. Deux

(1) Abrégé du compte rendu du D^r POLLAK (*Monats. f. Ohrenh.*, juillet 1897).

malades succombèrent, l'un d'eux était tuberculeux, l'autre mourut au bout de deux mois d'une rougeole ; je perdis de vue les deux derniers enfants. J'en soigne encore sept. L'âge des malades oscillait de six mois à douze ans. Surtout chez les bébés, on observait une amélioration notable de l'état général, la fièvre, les douleurs, l'insomnie, le manque d'appétit disparaissaient quelques jours après l'opération. Le pouvoir auditif augmentait sensiblement.

Après l'intervention, je tamponnai deux ou trois fois par semaine la cavité buccale avec de la gaze iodoformée et je brûlai à l'acide chromique les granulations apparues au cours du traitement. J'ai toujours cherché à fermer l'ouverture fistuleuse.

Discussion.

GRUBER dit que la statistique démontre que chez les enfants en bas âge l'otite moyenne suppurée n'est pas aussi grave que chez les sujets plus âgés. La gravité va de l'époque de la puberté jusqu'à cinquante ans. Chez l'enfant, les parties du temporal ne sont pas bien soudées, l'inflammation se propage plutôt en dehors qu'en dedans, et des séquestres se développent qui sont aisément retirés ce qui rend l'affection moins dangereuse. Lorsqu'on suit de près les enfants, on peut éviter d'intervenir et obtenir des succès par le traitement conservateur.

KAUFMANN établit une distinction entre les suppurations chroniques de l'oreille moyenne ordinaires et celles qu'on observe chez des enfants scrofuleux-tuberculeux. Dans le premier cas, les résultats opératoires sont satisfaisants, tandis que les interventions sur des sujets scrofuleux ou tuberculeux n'ont pas donné de brillants résultats à Kaufmann. Il rappelle à ce propos la discussion suscitée vingt ans auparavant par les chirurgiens sur le traitement opératoire conservateur des affections articulaires. D'une part souvent, nous réussissons par le traitement conservateur en veillant à la bonne hygiène des enfants scrofuleux de façon à éviter l'opération ; d'autre part, parfois l'intervention est suivie d'une longue période de traitement pendant laquelle la nécrose osseuse s'accroît rapidement, de sorte que les résultats ne sont pas supérieurs à ceux du traitement conservateur.

GOMPERZ fait observer que Panzer en sectionnant l'extrémité interne du lambeau de Stacke, revient à l'ancien procédé de Zaufal qui est peut être le meilleur.

G. est d'avis qu'il ne faut pas hésiter à intervenir dans les

formes chroniques. Probablement les cas où K a observé une cicatrisation lente, se seraient terminés fatalement sans opération. Il est plus nécessaire d'opérer les enfants que les adultes, car ils se soumettent plus difficilement au traitement conservateur.

URBANTSCHITSCH excise la partie postérieure du conduit quand la peau est affectée, mais lorsque l'épiderme du conduit auditif externe est sain, il préfère l'utiliser pour la plastique et pour favoriser l'épidermisation rapide.

PANZER répond qu'il n'a pas eu d'insuccès en excisant la paroi postérieure, au contraire il ne s'est pas produit de sténose. Quant à la question de KAUFMANN sur l'opération chez les enfants scrofuloux ; il croit qu'il est beaucoup plus dangereux d'attendre pour intervenir dans les caries du temporal, voisines du cerveau, que dans les affections d'articulations telles que le genou. Il ne partage pas l'opinion de Politzer au sujet de la difficulté de l'opération dans les cas de carie aiguë chez les enfants. Comme Gruber, P. trouve que la plastique a peu d'importance chez l'enfant puisque le conduit est incomplètement formé et l'épidermisation aisée.

3. SPIRA (Cracovie). — **Quelques mots sur le traitement conservateur de l'otorrhée chronique.** — S. proteste contre la propension à pratiquer les opérations radicales qui dégénère en excès. Il conseille de se borner au traitement conservateur tant qu'il n'y aura pas de danger immédiat.

L'auteur recommande le xéroforme en insufflation qui agit favorablement sur l'écoulement et ne cause jamais la rétention du pus. Lorsque les poudres sont contre-indiquées, il introduit des liquides dans l'oreille à travers les interstices du tympan en pressant sur le tragus, tandis que la trompe d'Eustache est obli-térée par une forte bougie introduite à travers le nez.

Discussion.

URBANTSCHITSCH s'est servi du xéroforme sans résultats remarquables, il préfère l'airol.

GOMPERZ est opposé à l'emploi des poudres insolubles dans les cas de collections cholestéatomateuses ou purulentes de l'attique ou de l'antré. Dans les suppurations de la partie inférieure du tympan, on aura surtout recours au nettoyage ; l'insufflation est accessoire.

FALTA insiste sur le traitement conservateur. Dans les suppu-

rations de l'attique, lorsque la perforation est assez large, il introduit de petits tampons de gaze, et recommande la gaze chinolino naphtolée de Haug.

4. URBANTSCHITSCH. — **Sur le vertige et le mouvement apparent.**

— Les malades étaient placés devant une table sur laquelle était tracé un cercle avec les diamètres verticaux et horizontaux colorés en noir, d'autres diamètres à intervalles d'environ deux degrés étant peints en diverses autres couleurs. Pendant le lavage de l'oreille, l'insufflation d'air dans le conduit, la condensation et la raréfaction de l'air dans l'oreille externe, survenaient des changements apparents dans la situation des diamètres peints, les raies semblaient verticales lorsque réellement elles étaient inclinées à angles de deux à quatre degrés et même de dix degrés dans certains cas, les raies paraissaient se refermer comme un éventail, et quelques malades ne percevaient aucun mouvement.

De nombreuses variations se produisaient, parfois sous la vision binoculaire ou monoculaire, par l'oreille d'un côté et par l'œil du côté opposé. La durée requise depuis le début de l'expérience pour produire les phénomènes était variable, parfois l'effet immédiat, quelquefois il survenait au bout de quelques minutes, et dans certains cas plus rapidement pour un œil que pour l'autre. De même, la durée des phénomènes variait. Quelquefois les mouvements faisaient défaut pour la vision binoculaire, tandis que chez la même personne il existait une inclinaison vers la droite pour un œil et vers la gauche pour l'autre œil. Parfois il existait une correction complète, et d'autre fois incomplète, dans ce dernier cas, le malade voyait double.

On remarquera le fait suivant. A la place de la croix verticale ordinaire, on distinguait deux croix inclinées à droite pour un œil et à gauche pour l'autre, tandis que par la vision binoculaire, on voyait trois croix, l'une inclinée à droite, une à gauche et une verticale au milieu. Par l'emploi de tons on produisait une série de phénomènes compliqués, soit par des tons élevés, soit par des tons bas ; parfois les deux donnaient *ut*, d'autres fois quelqu'autre ton forçait l'inclinaison à droite ou à gauche, ou des mouvements forcés en avant, en arrière ou de côté. Ceci arrivait dans l'attitude perpendiculaire, les yeux étant clos ou ouverts. Quelquefois le stimulant est l'accroissement du son, et parfois sa cessation. J'ai pu souvent augmenter ou corriger par le son d'un diapason la déviation produite par le lavage.

Dans une autre série d'expériences, *ut*¹ et tous les sons supé-

rieurs jusqu'à ut^2 provoquaient des mouvements isolés d'éventail, et les sons encore plus élevés donnaient aux rayons des oscillations de vagues. Si de ut^1 à ut^2 on émettait un son après l'autre, le mouvement d'éventail se maintenait même pour les tons les plus élevés. Pour les sons entre ut^1 et ut^2 je provoquai des mouvements de vagues.

En choisissant des sons graves, les oscillations de vagues provenaient uniquement de la stimulation des tons qui par eux-mêmes auraient donné lieu à des mouvements d'éventail. On peut observer le même phénomène chez certains sourds-muets qui en remontant graduellement l'échelle des sons perçoivent des tons qui leur échappent autrement. D'autre part si l'on choisit des sons de la gamme et que l'on remonte ou l'on redescende graduellement, des sons entendus auparavant échappent à la perception.

L'influence des sons produisant des mouvements apparents peut être variée par l'application de verres de couleurs diverses ; par exemple quand le son est produit au voisinage d'une oreille, on tient le verre coloré devant l'œil du même côté ou du côté opposé ou devant les deux yeux en même temps. La combinaison de certaines couleurs et de quelques tons provoque chez le même individu des mouvements apparents et des troubles de l'équilibre, et j'ai pu augmenter ou corriger le mouvement produit par le lavage.

Discussion.

POLLAK dit que ces résultats peuvent être expliqués par les observations de Mach, Goltz et Breuer sur la fonction des canaux semi-circulaires. Les stimulants affectant le limaçon sont aisément transmis au vestibule. Ainsi que l'a démontré Hogyes, l'irritation des canaux semi-circulaires donne lieu à des contractions de certains groupes de muscles oculaires, qui bien que légères, suffisent pour faire voir la ligne perpendiculaire inclinée d'un côté ou de l'autre.

HAMMERSCHLAG fait observer que le maintien de l'équilibre est une fonction très compliquée à laquelle prennent part divers sens : la vue, l'ouïe, le toucher et le sens musculaire. Par là s'explique les désordres produits dans la sphère de ces divers sens.

SPIRA trouve que ces mouvements offrent de l'analogie avec les accidents dans les troubles de l'accommodation. On sait que les

myopes et les presbytes quand ils fixent les points voisins, voient des mouvements des objets environnants et des altérations de lettres. S. attribue les phénomènes décrits aux troubles d'accommodation de l'appareil auditif.

5. GRUBER. — **Sur l'étude des affections otitiques intracrâniennes.** — L'auteur, continuant le sujet qu'il a traité à la réunion otologique l'année précédente, rapporte les statistiques de 40 073 examens nécropsiques pratiqués à l'hôpital général de Vienne du 1^{er} janvier 1873 au 31 décembre 1894. Il désire savoir dans quelles proportions la mortalité s'était modifiée depuis les progrès de la chirurgie auriculaire.

	AUTOPSIES		AFFECTIONS INTRACRÂNIENNES		
du 1 ^{er} janvier 1873 au	1 ^{er} janvier 1883	17941	88	0.49	‰
1883	1888	8770	52	0.59	‰
1888	1890	3960	26	0.65	‰
1890	1892	3683	28	0.76	‰
1892	1 ^{er} décembre 1894	5719	38	0.66	‰

A première vue ce tableau ne donne pas des résultats très favorables, mais il faut retenir que dans les premières années les inflammations chroniques, surtout associées aux caries et nécroses du temporal, étaient rarement soignées longtemps à l'hôpital, parce que l'on croyait qu'elles étaient favorablement influencées par un séjour à la campagne. Durant ces dix dernières années, au contraire, on n'a reçu que les malades ayant besoin d'être opérés, d'où l'on voit l'amélioration apportée par la chirurgie otologique.

6. GRUBER. — **Ostéoporose des osselets de l'oreille.** — G. présente deux temporaux provenant d'une femme de 59 ans, morte de marasme qui était complètement sourde à droite et dure d'oreille à gauche. L'auteur ne l'a pas examinée pendant la vie. Les os présentent un haut degré d'ostéoporose ainsi qu'on peut s'en rendre compte même par un examen superficiel. Les parties les plus intéressantes sont les osselets et la capsule labyrinthique. Dans le temporal droit, la substance osseuse est très raréfiée, à gauche on voit sur la paroi postérieure du conduit externe trois cavités pouvant contenir un grain de blé. Le tegmen tympani renferme des cellules à air dilatées, et le manche du marteau est attachée à la paroi interne du tympan, de même que la longue

branche de l'enclume par du tissu connectif. Le manche du marteau et l'enclume sont ankylosés et à l'intérieur de l'enclume, on voit une néoformation osseuse. Le long processus de l'étrier est attaché à la membrane tympanique et à la paroi postérieure du tympan au moyen d'un tissu osseux ferme. Au microscope, les osselets de l'oreille droite présentent des signes évidents d'ostéoporese.

Discussion.

GOMPERZ rapporte un cas observé par lui où l'ostéite raréfiante et condensante du tegmen tympani provenait d'une otite moyenne suppurée chronique et voit dans la destruction des os accompagnant la tumeur une mesure protectrice contre la propagation de l'inflammation.

7. GOMPERZ. — **Membrane tympanique bombée dans sa partie postéro-supérieure par l'action valvulaire de la trompe d'Eustache.** — Présentation du malade, la membrane gauche est typique, sa couleur est normale, elle est légèrement atrophiée, convexe dans sa portion supérieure surtout dans le segment postéro-supérieur. Réflexe lumineux provenant en arrière du processus court. La voussure est limitée par la moitié inférieure de la membrane. La distance de l'audition est normale et la trompe d'Eustache libre. Gomperz croit à l'action valvulaire de la trompe par laquelle l'air entre dans le tympan plus facilement qu'il n'en sort, ce qui provient toujours d'une lésion nasale.

Il existait une hypertrophie des extrémités postérieures des cornets inférieurs, une crête à droite de la cloison et une hypertrophie circonscrite de l'extrémité antérieure du cornet inférieur gauche.

8. A. POLITZER. — **Contributions anatomo-pathologiques et cliniques aux affections de l'attique externe.** — Suite des préparations montrées au Congrès International oto-laryngologique de Paris en 1889 et à la dixième réunion des otologistes de l'Allemagne du Sud et de la Suisse à Nuremberg en 1890.

Pour les rapports anatomiques normaux de l'attique externe, P. est convaincu que malgré les travaux de Krestschmann, Zuckerkandl, Châtellier et les siens, l'anatomie de la section externe de l'attique a encore besoin d'être étudiée. Il est très difficile de reproduire exactement l'attique externe de l'adulte en

raison des nombreux replis muqueux, qui la remplissent. P. a porté son attention sur les ligaments et les replis qui s'y rencontrent le plus souvent.

Chez le nouveau-né, l'attique est occupé partiellement ou totalement par la matière muqueuse embryonnaire. Entre la membrane de Shrapnell et le col du marteau existe une petite cavité, invisible excepté avec une loupe, qui constitue le premier élément de l'espace de Prussak. A la suite de coupes frontales, on trouve souvent l'attique rempli de mucosités embryonnaires tandis que les parties moyennes et inférieures de la cavité tympanique sont libres. Les divers ligaments, replis et corpuscules pédiculés observés chez l'adulte dans l'attique et dans l'espace de Prussak sont des résidus muqueux. P. attire l'attention sur la fente remplie de tissu connectif et de vaisseaux sanguins, qu'il a décrite le premier comme s'étendant de la paroi externe de l'attique à la paroi supérieure du conduit, et qu'il désigne sous le nom de fente de l'attique. C'est parfois l'origine d'un canal fistuleux.

La membrane de Shrapnell et le ligament externe du marteau peuvent être insérés dans la marge tympanique ou réduits en une simple membrane avant leur insertion. Plusieurs fois P. a trouvé le ligament externe du marteau divisé en deux bandes fibreuses, dont la partie supérieure pénétrait dans la fente de l'attique, tandis que la partie inférieure atteignait la marge tympanique.

Pour distinguer les points de communication entre l'attique et la position inférieure du tympan, P enlève l'os pétreux et dénude la surface interne de la membrane, ensuite ponction de la membrane de Shrapnell à travers le conduit externe au moyen d'une aiguille à paracentèse et remplissage du méat externe avec du mercure. A travers la perforation le métal gagne la surface interne de la membrane, le plus souvent au dessus du repli tympanique postérieur, rarement à travers une ouverture en haut de la poche postérieure, et une fois dans la section antérieure de l'attique devant la tête du marteau.

P. présente une série d'illustrations des modifications observées dans l'attique externe durant ces quatre dernières années. Parmi les plus importantes sont les néo-formations de tissu conjonctifse développant à la suite du catarrhe chronique de l'oreille moyenne, envahissant la partie supérieure de l'attique et l'espace de Prussak et oblitérant partiellement ou totalement ces cavités. On trouve également un grand intérêt à la

collection de pièces de soudure de la membrane de Shrapnell au manche du marteau avec oblitération totale ou partielle de l'espace de Prussak. On reconnaît aussi ces particularités pendant la vie.

Les affections tympaniques aiguës donnent naissance à des exsudations fibrineuses ou purulentes de la cavité de l'attique externe.

L'inflammation suppurative aiguë de l'attique externe, négligée par beaucoup d'auteurs, a été observée quelquefois par Politzer et reproduite dans ses dessins. — *L'inflammation chronique* de l'attique externe, avec perforation de la membrane de Shrapnell, conduit par le développement des cellules rondes dans la muqueuse, à l'hyperplasie, au rétrécissement et à l'obstruction partielle de l'attique (4 préparations) et à la formation de granulations et de polypes qui pénètrent dans le méat externe à travers la membrane de Shrapnell et atteignent de telles dimensions qu'on les prend pour des polypes du conduit auditif que l'on reconnaît seulement après avoir enlevé leur racine dans l'espace de Prussak (manche du marteau).

P. fait voir ensuite plusieurs pièces de cholestéatomes de l'attique externe, qui, dans la plupart des cas, étaient de nature envahissante. Souvent ils sont limités à l'attique externe, mais parfois ils gagnent la mastoïde, qu'ils remplissent et dilatent. Dans ce dernier cas il survient du vertige et de la céphalalgie pour lesquels il faut ouvrir les cavités de l'oreille moyenne.

Enfin P. montre une série de pièces de carie de la marge tympanique produisant des lacunes de la paroi externe de l'attique, à travers lesquelles on distingue le marteau et l'étrier, ou si celle-ci est perforée une partie de la portion supérieure de la cavité tympanique, et même la mastoïde (Gruber).

Quant au traitement, les procédés conservateurs, sous la forme d'injections antiseptiques à l'aide de canules recourbées (Hartmann) suivies de lavages avec des solutions alcooliques à l'acide borique, au sublimé, au peroxyde d'hydrogène (Pollak) dans l'attique, et après l'insufflation de poudres antiseptiques (Gomperz) donnent d'excellents résultats contre la suppuration. Toutefois il se peut que le traitement antiseptique le plus soigneux demeure inefficace pendant longtemps. Une cause fréquente de persistance de suppuration de l'attique est la carie de la marge tympanique que l'on peut diagnostiquer par un sondage au moyen de fines sondes d'argent boutonnées. Durant ces dernières années P. a guéri de nombreuses suppurations chroniques

de l'attique par des curettages répétées de la marge tympanique cariée à l'aide de petites curettes, et il préconise ce procédé même si l'on ne découvre pas de carie. Ce traitement a pour effet immédiat d'élargir l'ouverture conduisant à l'attique externe et de rendre la suppuration plus accessible au traitement antiseptique. L'ouverture de l'attique externe dans les cas de suppuration chronique sans dislocation du marteau et de l'étrier est une des opérations otologiques les plus difficiles. La valeur de l'intervention est prouvée par le fait que certaines suppurations de l'attique guérissent spontanément sitôt que l'affection a produit une ouverture étendue dans la paroi externe de l'attique. La gouge rend des services. Récemment P. a fait construire une série de fraises longues munies à leur extrémité antérieure de petites plaques protectrices avec lesquelles il peut percer une portion de la paroi de l'attique externe et de la mastoïde (avec un moteur électrique) sans toucher le marteau ni l'étrier.

L'auteur pratique l'opération de Stacke quand l'audition est très amoindrie et dans le cas de céphalée et de vertige qui indiquent la stagnation du pus ou la formation d'un cholestéatome de l'attique et de l'antre.

Pour faire disparaître les collections cholestéatomateuses de masses épidermiques de l'attique externe on aura recours à des irrigations périodiques et continues au moyen de canules recourbées. Les récidives sont fréquentes parce que l'épidermisation se produit plus vite sur la paroi supérieure du conduit qu'à n'importe quel autre endroit du conduit. Partant de l'idée que dans la plupart des cas de cholestéatome de l'attique on a affaire à une invasion épidermique de la paroi supérieure du conduit auditif externe, P. propose d'exciser de la paroi osseuse supérieure du conduit auditif un lambeau cutané large de 3 à 4 millimètres, il montre les instruments dont il se sert. Quoique la paroi dénudée du conduit auditif se recouvre de tissu cicatriciel épidermique, ce sera en petite quantité. Politzer publiera ultérieurement le résultat de cette opération.

9. M. FALTA (Szegedin). — **Sur l'atrésie de la trompe d'Eustache.** — Après avoir rapporté les cas d'obstruction complète de la trompe d'Eustache décrits dans la littérature, F. relate une observation personnelle.

Jeune fille de 16 ans, venue consulter en septembre 1896 pour des bourdonnements d'oreilles, mais qui déclare son ouïe normale. Toutefois à l'examen on s'aperçoit qu'à droite le pouvoir

pour la montre est de 3/100; d'un mètre et demi pour l'acoumètre de Politzer, de trois mètres pour la voix chuchotée; Rinne négatif; la conduction osseuse est augmentée pour les tons bas et élevés.

A gauche, l'audition pour la montre est de 5/100, acoumètre à trois mètres, chuchotement à quatre mètres, Rinne négatif; conduction osseuse accrue et Weber latéralisé à droite. L'oreille droite externe est normale, la membrane légèrement colorée en gris perle avec un cône lumineux de dimension normale, mais séparé en deux parties; il existait un second cône lumineux sur la membrane de Shrapnell. Toute la membrane était uniformément transparente, et l'on voyait distinctement la longue apophyse de l'étrier.

L'étroitesse de l'espace entravait la vue de la trompe d'Eustache lors de la rhinoscopie postérieure, et même à l'aide de la cocaïne il était difficile d'apercevoir la tuméfaction de la trompe et l'orifice pharyngien rétréci coloré en rouge grisâtre. La sonde passait facilement à travers le nez, mais il était extrêmement difficile de l'introduire dans l'orifice de la trompe. C'est en vain qu'on essayait soit par la douceur soit par la violence de faire pénétrer de l'air. Les bougies ne pouvaient dépasser la profondeur de deux ou trois millimètres, une masse ferme obstruant le passage qu'il était impossible de forcer.

Du côté gauche les symptômes étaient analogues.

Le pharynx nasal offrait tous les signes d'un catarrhe hypertrophique ancien. Les insufflations de Politzer ne produisaient aucune réaction subjective ou objective, mais sous l'influence du Valsalva, les vaisseaux situés le long du manche du marteau s'injectèrent, sans aucune modification de la membrane tympanique ou du cône lumineux. L'injection fut attribuée à l'entree à la circulation provoquée par l'effort. Le spéculum de Siegle produisait des mouvements de la membrane, plutôt à l'extérieur qu'à l'intérieur. On fit des expériences avec un manomètre dans le conduit auditif externe. Ni la pénétration de l'air à travers le cathéter, ni la Politzération n'ont fait diminuer le fluide qui se montre sous l'influence du Valsalva; je faisais serrer les dents pendant cette expérience, de façon à ne pas troubler la fonction du maxillaire inférieur d'où une erreur aurait pu résulter. Contre notre attente le manomètre signala un accroissement de pression au lieu d'une diminution. Ce résultat s'explique par la fonction du tenseur du tympan. Durant le Valsalva le tenseur tympanique agit synergiquement

avec les muscles pharyngo-palatins, le tympan pénètre plus au fond, ce qui raréfie l'air dans le conduit auditif externe d'où l'explication de l'abaissement du liquide.

Souvent en avalant la malade accuse des douleurs d'oreille. On put juger de l'effet des contractions du tenseur tympanique sur l'audition et on s'aperçut qu'elles amenaient une diminution de l'ouïe pour les sons graves et aigus des diapasons, ce qui indique que les osselets prennent part aussi à la conduction des tons bas.

Au point de vue étiologique, on a déjà incriminé la syphilis, la diphthérie, l'otite moyenne, les néoformations, l'ostéite; mais notre cas semble dû à une affection naso-pharyngienne observée au cours d'une pneumonie lorsque la malade avait 40 ans. On avait toujours remarqué des accidents du côté du nez. Il est probable que l'épithélium s'était rompu en certains endroits, et que les parois de la trompe étaient devenues adhérentes.

Les malades ne se font soigner que lorsque leur ouïe baisse ou que les bourdonnements les incommode. L'introduction d'instruments pointus est dangereuse en raison du voisinage de la trompe et de la carotide et le traitement chirurgical n'est justifié que lorsqu'il est certain que l'adhérence est limitée à l'orifice pharyngien, ou que l'obstruction est de nature membraneuse. On a aussi pensé à ouvrir une voie à travers l'apophyse mastoïde pour la pénétration de l'air dans le tympan, mais ce serait une intervention sérieuse et il pourrait survenir des complications hors de proportion avec le résultat que l'on désire obtenir. Le meilleur procédé est la perforation du tympan, mais on n'a pas réussi à maintenir une ouverture permanente.

Dennert a cité un cas où les fosses nasales et les trompes d'Eustache étaient complètement obstruées. On pratiqua la myringotomie à plusieurs reprises et on maintint une ouverture pendant quinze jours avec une amélioration notable de l'audition malgré l'existence d'un écoulement. L'auteur parle également du cas de Alt, qui en injectant de la vaseline liquide dans le tympan perfora par hasard la membrane et amenda considérablement les troubles subjectifs.

FALTA n'opérera sa malade que lorsque l'ouïe s'abaissera, il fera alors la myringotomie et retirera le marteau et l'enclume.

Les signes ordinaires de l'atrésie de la trompe sont l'épaissis-

sement de la membrane, la sécrétion de l'oreille moyenne, la diminution du pouvoir auditif, la sensation de plénitude dans l'oreille et l'autophonie. Comme symptômes on n'observa que les bourdonnements.

Discussion.

GOMPERZ recommande pour le diagnostic de perforer la membrane et d'insuffler de l'air dans la trompe d'Eustache.

ALT rapporte un cas de sténose inflammatoire de la trompe dégénérant rapidement en atrésie chez un ouvrier en caissons. L'obstruction persista pendant quelques jours au point qu'il était impossible de faire pénétrer de l'air dans l'oreille moyenne.

FALTA dit qu'il a soigné sa malade pendant neuf mois et qu'il a essayé de tous les traitements, sauf la paracentèse qu'il ne trouvait pas indiquée vu le bon état de l'audition.

10. GRUBER. — **Nouveau manche angulaire pour le moteur électro-chirurgical dans les opérations auriculaires profondes.** — L'instrument est coudé à un angle de 120 degrés, de manière à être manœuvré sous le contrôle de l'œil. Les mouvements s'effectuent au moyen de deux dents de scie. On peut adapter à l'instrument de petites fraises à l'aide desquelles on retire des fragments osseux de la paroi épitympanique, mais il est plus facile de le faire rien qu'avec l'instrument.

11. ALT. — **Sur l'étiologie des affections de l'appareil percepteur des sons.** — Depuis la fondation de la Société autrichienne d'Otologie, l'auteur a communiqué diverses observations concernant la surdité consécutive aux oreillons, la maladie de Ménière survenant au cours d'une néphrite subaiguë, une poly-névrite alcoolique avec troubles de l'ouïe, attribuables à une névrite alcoolique du nerf auditif, puis des affections apoplectiformes du labyrinthe chez les ouvriers travaillant dans les caisses à plongeurs, une surdité psychique, une labyrinthite due à l'abus du salicylate, une fracture de la base du crâne traversant le labyrinthe, une infiltration leucémique du nerf auditif, caractérisée durant la vie par la surdité et la maladie de Ménière chez un leucémique, et enfin des hémorragies produites expérimentalement dans des labyrinthes d'animaux exposés à une haute pression aérienne subitement arrêtée. Pour se rendre compte de la fréquence des affections de l'appareil percepteur en comparaison avec celles des organes conducteurs, ALT a compulsé les statistiques

de ces dix dernières années, ainsi que les rapports annuels de la clinique de Gruber depuis 1890, formant un total de 182 779 cas. Du 1^{er} janvier 1896 au 15 juin 1897, l'auteur a examiné toutes les maladies de l'appareil de perception sur 8 910 malades de la clinique de Gruber. Certains auteurs dans leurs statistiques mettent les affections labyrinthiques secondaires aux otites moyennes suppurées ou non suppurées et la nécrose du labyrinthe n'est pas signalée tandis qu'on la rencontre fréquemment à Vienne. Divers auteurs rangent dans les affections de l'oreille interne tous les cas de bourdonnements sans altération de l'ouïe. Les cas sont difficiles à classer, mais proviennent de causes variables. On comprend aussi la maladie de Ménière parmi les affections de l'oreille interne tandis que rarement elle s'y rapporte.

Voici le pourcentage des différents auteurs :

Habermann. — (1893-94 et 1894-95), sur 5 051 malades, 2,6 %.

Gruber. — (De 1890 au 15 juin 1897), sur 42 736 malades, 3,07 %.

Gottstein. — (1890-91, et 1893-94), sur 2 726 malades, 3,2 %.

Cozzolino. — (1887-88 et 1888-89) sur 543 malades, 3,2 %.

Schwartz. — (1890-91 à 1894-95), sur 10 192 malades, 3,25 %.

Bürkner. — (1889-90 à 1895-96), sur 10 086 malades, 3,7 %.

Lemcke. — (1891 à 1893), sur 543 malades, 4,9 %.

Gradenigo. — (1889 à 1895), sur 4663 malades, 6,5 %.

Bürkner. — (Statistique communiquée au X^e Congrès Intern. de médecine à Berlin), sur 100 000 malades, 6,6 %.

Siebenmann (1889), sur 397 malades, 10 %.

Bezold (1887 à 1889), sur 4 867 malades, 12,6 %.

Soit sur un total de 182 799 malades, 5,42 %.

La proportion d'hommes et de femmes était de 70 à 30, mais pour les cas de Alt elle est de 63,71 % à 36,29 %.

Quant à l'âge, les adultes au-dessus de 15 ans fournissent 71,61 % et les enfants 28,39 %.

L'auteur a recueilli les chiffres suivants :

1- 5 ans	14,13 %
5-10	7,13
10-15	7,13
15-20	12,06
20-30	19,31
30-40	16,93
40-50	10,37
50-60	10
60-70	et au-dessous 2,75

L'affection siégeait à gauche dans 25,9 % des cas, à droite dans 19,2 % et des deux côtés dans 54,9 %.

Dans sa statistique de 1890, Burkner énumère les causes étiologiques ci-après.

Affections cérébrales inconnues, 23,3 %.

Traumatismes, 10 %.

Syphilis, scarlatine et diphthérie, 17 %.

Fièvre typhoïde, 5,3 %.

Méningite, 4 %.

Oreillons salicylate et quinine, 2 %.

Causes professionnelles, 1,5 %.

Hydrocéphale, 0,7 %.

Apoplexie et épilepsie, 0,6 %.

Variole et malformations, 0,5 %.

Les autres statistiques, à l'exception de celles de Gruber, fournissent les résultats suivants :

Causes inconnues, 42,6 %.

Traumatismes, 12 %.

Professions et syphilis, 10 %.

Scarlatine, 4,4 %.

Méningite, 3,4 %.

Hystérie, neurasthénie, fièvre typhoïde, fracture de la base, 2 %.

Rougeole, 1,3 %.

Affections congénitales, marasme, influenza, 1 %.

Diphthérie, apoplexie, quinine, anémie, 0,6 %.

Néphrite et puerpéralite, 0,5 %.

Tabes et alcoolisme, 0,3 %.

Variole, tumeurs cérébrales, sclérose multiple, salicylate, leucémie, coqueluche, ictère, intoxication, érysipèle et attaque chacun 0,18 %.

Alt attache la plus grande importance à ses observations personnelles recueillies et contrôlées à la clinique de Gruber et comprenant 42 736 cas.

Causes inconnues, 30,3 %.

Causes professionnelles, 14,8 %.

Combinaisons avec des otites moyennes non purulentes, 8,9 %.

Méningite, 7,2 %.

Anomalies congénitales, 6,89 %.

Syphilis acquise, 5,4 %.

Fièvre typhoïde, 4,8 %.

Otite moyenne suppurée, 4,4 %.

Syphilis héréditaire, 3,1 %.

Crétinisme et hydrocéphalie, 2,4 %.

Scarlatine et traumatismes, 2,06 %.

Diphthérie, 1,7 %.

Oreillons et combinaison avec la rétino-choroïdite, 1,03 %.

Combinaison avec la rétinité pigmentée, 0,58 %.

Alcoolisme, quinine, salicylate, néphrite, variole, érysipèle, sclérose multiple, fracture de la base, attaque, chaque 0,34 %.

Discussion.

KAUFMANN est frappé de la fréquence des causes professionnelles qu'il a souvent observées dans sa pratique.

POLLAK a fait la même observation.

ALT croit qu'un grand nombre de cas attribués à des causes inconnues appartiennent à la catégorie professionnelle.

12. V. HAMMERSCHLAG. — Contribution à l'étude de la fonction du limaçon au point de vue du développement. — Cette étude est dirigée du côté de deux hypothèses importantes, celle d'Helmholtz qui distingue deux fonctions localisées séparément, l'une dans le limaçon pour la perception des sons musicaux, l'autre dans le vestibule et l'ampoule pour la perception des bruits. La seconde hypothèse, celle de Hensen, veut que les fibres de la membrane basculaire constituent les consonnances du limaçon.

L'auteur a remarqué qu'à un certain point de son développement, le limaçon des mammifères consiste simplement en un canal dont l'épithélium a atteint un degré fort élémentaire de différenciation, et qui est environné de tissu connectif mésodermique, ce qui n'indique ni une membrane basilaire ni une membrane de Reissner. Selon la théorie de l'évolution, ce limaçon mal développé devrait exister chez tous les animaux inférieurs, et il reste à savoir quelle fonction il remplirait. Comme la structure nécessaire à la perception des sons musicaux, c'est-à-dire les cordes du limaçon, fait défaut, seuls sont entendus les sons dont la perception demande toute l'étendue du conduit conchléaire mais se contente d'un épithélium nerveux troublé. Ces irrégularités correspondraient à la production de bruits.

Si, au cours du développement, la membrane basilaire est formée de façon à servir à la perception des sons musicaux il n'y a pas de raison pour que le limaçon ait perdu sa faculté antérieure de percevoir les bruits.

L'auteur conclut, comme Exner, que la sensation des sons musicaux se produit lorsque quelques-unes des fibres de la membrane basilaire entrent en vibration et la sensation du bruit quand toutes les fibres agissent en même temps.

La seconde partie du travail concerne l'organe de Corti qui atteint un développement plus grand dans les parties supérieures du limaçon que dans les portions inférieures. L'auteur accompagne sa communication de figures reproduisant le développement de l'organe de Corti, qui montrent qu'à une certaine période le développement de l'appareil acoustique terminal s'arrête à la base, tandis qu'il progresse à la partie supérieure. Donc le segment du limaçon voisin de la coupole est mieux organisé que la portion inférieure.

Dans les affections du nerf acoustique distinctes de celles du limaçon, ces fibres rempliraient des fonctions très délicates et les sons graves seraient perdus les premiers. La clinique semble adopter ces conclusions, ainsi qu'on en peut juger d'après les observations de Politzer (Traité, 3^e, page 112), Rohrer et Gradenigo.) Ce dernier considère la perte de l'audition pour les sons graves comme un moyen de diagnostic entre les affections du nerf auditif et celles du labyrinthe.

13. J. POLLAK. — **Série continue de tons de Bezold.** — P. montre les diapasons et d'autres appareils employés par Bezold, et il indique l'importance de cette méthode d'examen pour le diagnostic différentiel complet et la découverte des lacunes de l'échelle des sons. L'auteur a obtenu des résultats intéressants dans des cas de surdité professionnelle et de syphilis auriculaire.

14. KAUFMANN. — **Sur les malformations bilatérales de l'oreille avec démonstration de pièces anatomo-pathologiques et histologiques.** — Le premier cas concerne une femme de 85 ans, ayant succombé brusquement à un hématome épidural dû à la fusure du pariétal et à la lacération de la branche postérieure de l'artère méningée moyenne droite. Les deux oreilles étaient déformées. A droite, au lieu du pavillon, on voyait une tuméfaction longue de cinq centimètres, et large d'un centimètre et un tiers, renfermant un morceau de cartilage, et séparé par une fente du lobule normal. Le conduit externe manquait dans les portions osseuse et cartilagineuse, de même que la membrane tympanique. On voyait un osselet rudimentaire formé par la

réunion du marteau et de l'enclume. La cavité du tympan était remplie de masses osseuses ; la trompe d'Eustache et les muscles tenseurs du tympan étaient normaux. La niche de la fenêtre ovale était rétrécie et obstruée par une membrane formée d'un mince tissu connectif, au milieu de laquelle on reconnaissait la tête de l'étrier, mais on ne voyait pas le stapédius. Le promontoire était affaissé, et on ne distinguait pas la fenêtre ronde. Fosse jugulaire très profonde.

A gauche le volume du pavillon a diminué, mais le lobule est normal. Hélix et anthélix difficiles à voir. Le conduit externe et la membrane font défaut, mais on voit des osselets rudimentaires formés par le marteau et l'enclume réunis dans la partie supérieure de la cavité. Même aspect que pour l'oreille droite. Le conduit auditif interne et les nerfs facial et auditif sont normaux des deux côtés. A l'examen histologique, la base de l'étrier est normale ainsi que le ligament orbiculaire, les orifices sont généralement rétrécis et le labyrinthe membraneux semble normal. Quant à l'audition, les amis de la défunte disent qu'elle parlait peu distinctement et il est probable qu'elle entendait à une distance de 50 centimètres environ.

La seconde pièce provient d'un homme de 29 ans, mort de phtisie pulmonaire. Le pavillon gauche était petit, mais de dimension normale, sauf que le tragus est peu développé et qu'il n'existe pas d'orifice du conduit mais seulement une dépression. La portion supérieure du pavillon droit était réduite à une élévation ronde irrégulière, grosse comme un pois, contenant un petit fragment de cartilage, au voisinage duquel se trouvait un lambeau cutané long d'un pouce et large d'un quart de pouce.

A droite le conduit auditif externe cartilagineux et osseux, la membrane et la cavité tympanique faisaient défaut ; la trompe d'Eustache, qui était normale dans le reste de son étendue, atteignait la paroi antérieure interne du vestibule dont elle était séparée par une membrane.

A gauche, caisse tympanique avec osselets petite, mais presque normale, membrane très délicate, et petit passage environné de parois osseuses et correspondant avec le segment osseux du conduit, mais seulement avec la moitié, et dirigé en haut et en arrière. Conduit cartilagineux remplacé par une masse osseuse pèteuse, trompe normale. Oreille interne petite mais normale ainsi que le nerf auditif.

Discussion.

BING considère que le fait que la malade possédait un certain degré d'audition plaide en faveur de la conduction directe à travers les os, opposée à la conduction crânio-tympanique; et il est évident que la malade ne devait entendre qu'à travers les os du crâne.

15. B. GOMPERZ. — *Sur les otites moyennes des nourrissons.* — Vu la difficulté d'examen de la membrane chez l'enfant due à la position horizontale et à l'épaisseur de l'épiderme de la membrane tympanique, le diagnostic des affections de l'oreille est très incomplet à cet âge. Au point de vue étiologique on attachera une grande importance aux méfaits de l'influenza chez les enfants. L'oreille moyenne est rapidement infectée, parce que sur des nouveau-nés l'orifice pharyngien de la trompe est sis plus bas et près du niveau de la voûte palatine, de sorte qu'en criant l'air pénètre du naso-pharynx dans le tympan. G. a vu du pus sourdre d'une perforation du tympan. Quant aux symptômes, dans les cas bénins, ce sont surtout l'agitation, la mauvaise humeur, la perte d'appétit, et dans les cas graves, la tête roulant de côté et d'autre, l'insomnie, les cris, les vomissements, l'écoulement purulent. Chez les enfants faibles, la perte de poids est sensible. Dans les cas graves la température peut dépasser 40° et il survient la perte de connaissance et des convulsions qui bientôt prennent l'apparence d'une méningite, mais tout rentre dans l'ordre quand l'otorrhée se montre. Souvent il y a un gonflement des ganglions lymphatiques autour de l'oreille et œdème préauriculaire. Parfois on observe une exsudation considérable du tympan avec salivation abondante qui cesse dans la suite. Suivant Gomperz, l'opinion que l'otite moyenne ne cause pas d'accidents est souvent erronée, et provient simplement des soins vigilants prodigués par la mère ou la nourrice.

L'examen devra être effectué rapidement et délicatement de façon à éviter les cris de l'enfant qui font rougir la membrane. Le diamètre du spéculum sera de 2 à 3 millimètres à partir du troisième, mais on se servira d'un diamètre supérieur. On écrasera facilement avec le spéculum le long des parois le cérumen ou les fragments épidermiques, ou bien on les retirera avec une pince. On fera disparaître par des lavages le cérumen mou avec une seringue munie d'un bout en caoutchouc auquel on fixe un drain très mince pour ne pas léser le conduit.

En employant le spéculum chez les nouveau-nés, on a le champ visuel très rétréci. D'abord on voit seulement la partie inférieure de la membrane ensuite graduellement la partie supérieure. La membrane est normalement mince, mais plus opaque que chez l'adulte. A partir de six semaines, la membrane est généralement visible même pour des yeux non habitués, et elle devient tout à fait apparente la neuvième semaine. On peut rencontrer tous les degrés d'hypérémie et d'inflammation, la macération et la desquamation superficielles, la vésication, les perforations, etc. Une particularité de la membrane du nourrisson est la rougeur de la partie supérieure.

Quant au traitement, G. conseille d'enrayer la douleur et de faire absorber la sécrétion au moyen de tampons trempés dans une solution de Burow mélangée d'eau à parties égales, soit à chaud soit à froid, introduits dans le conduit et changés toutes les deux heures. Il s'est servi avec avantage des instillations ordinaires d'acide borique et de résorcine, et il a eu de bons résultats avec une solution d'huile mentholée à 1 %; mais le meilleur procédé est le tamponnement décrit ci-dessus qui absorbe la sécrétion dans les cas bénins et favorise l'évacuation du pus dans les cas graves. Lorsqu'il existe une exsudation tympanique, on pratiquera la paracentèse qui soulage le malade.

Lorsque l'inflammation a cessé, la membrane est pâle et on voit la courte apophyse, on fera des insufflations pour rétablir l'audition. Comme des enfants de cet âge ne peuvent eux-mêmes nettoyer leurs narines, G. évacue le mucus par la douche d'air de la façon suivante. Avant de donner la douche d'air, il souffle dans le nez avec la poire de Politzer, laissant l'autre fosse nasale libre pour faire passer le mucus, ensuite on pratique la Politzération le plus doucement possible. Le résultat est favorable pour la respiration et l'alimentation. G. attache une grande importance à la respiration nasale libre pour l'intégrité de l'oreille moyenne. Aussi chez des nouveau-nés a-t-il retiré des végétations adénoïdes qui favorisaient les otites moyennes. On prendra des mesures prophylactiques et surtout on empêchera les personnes affectées de coryza d'approcher des enfants.

SOCIÉTÉ HONGROISE D'OTO-LARYNGOLOGIE

D'après le compte rendu du D^r L. POLYAK.

Séance du 28 janvier 1897.

Président : NAVRATIL ; Secrétaire : POLYAK.

1. POLYAK. — **Controverses sur l'histo-pathologie du rhinosclérome.** — Pièces provenant d'une tumeur de l'aile gauche du nez extraite par Navratil.

Tous les auteurs ont reconnu les *bacilles du sclérome* et les *cellules hydropiques de Mikulicz* comme caractéristiques du tissu scléromateux.

On conteste encore aujourd'hui l'importance et le rôle des cellules de plasma de Unna et des cellules homogènes (hyalines ou colloïdes), et corpuscules dans le rhinosclérome. Pellizzari, Cornil et Alvarez, Mibelli, Stepanow, Wolkovitsch, F. Noyes, Unna, Juffinger et Marschalko les ont décrites, tandis que Dietrich nie leur existence.

L'auteur conclut que la dégénérescence celluleuse colloïde du rhinosclérome ne provient pas d'une influence bacillaire.

2. KREPUSKA. — **Polype chevelu de l'oreille.** — Polype enlevé de la partie supérieure de la caisse; par des coupes au microtôme on voit de nombreux poils. Au microscope on reconnaît un polype formé de tissu cicatriciel de néo-formation, riche en vaisseaux, avec violentes hémorragies parenchymateuses; de plus, on distingue une masse de cellules cholestéatomateuses. Deux points sont intéressants, d'abord la présence des cheveux, et ensuite l'existence de cellules géantes. Pas de bacilles tuberculeux. Peut-être les cheveux ont-ils pénétré accidentellement, mais ils ont joué le rôle d'excitant dans la formation des cellules géantes et du polype.

3. KREPUSKA. — **Diphthérie primitive de la caisse** (otite moyenne diphthérique primitive). — On observe assez souvent des inflammations de la caisse au cours de la diphthérie scarlatineuse, mais rarement la diphthérie primitive de la caisse, et surtout on les reconnaît peu pendant la vie. L'observation de K. concerne un

adulte chez lequel on ne constata pas la diphthérie de la gorge ; toutefois au point de vue clinique et bactériologique l'affection de la caisse présentait le caractère diphthérique.

S. A., employé, 30 ans, vient consulter le 24 nombre 1896. Bourdonnements du côté gauche depuis quatre semaines, surdité, léger écoulement datant de quelques jours, l'audition diminue notablement. Le malade a eu la syphilis mais il en est guéri.

D'une nature neurasthénique, le malade est anémié, fatigué, a perdu le sommeil et l'appétit. L'oreille gauche laisse couler un liquide séreux, la peau du conduit auditif externe est légèrement tuméfiée. A la place du tympan, se trouve un dépôt pseudo-membraneux, graisseux, d'un blanc grisâtre, épais, mou, adhérent fortement à la base. Le gonflement gagne les parties environnant le conduit auditif externe. Au moyen du cathéter on perçoit un bruit de perforation. Haleine fétide. La bouche, le pharynx buccal et le nez sont indemnes. Le pharynx nasal est difficile à examiner en raison de sa sensibilité. Chuchotement à gauche à 30 centimètres. Weber gauche. Rinne fort à gauche. Oreille droite saine.

Cette affection ressemblait à une otite moyenne tuberculeuse, mais on reconnut bientôt l'existence d'une pseudo-membrane croupale ne pouvant être confondue avec la tuberculose et qui fut confirmée par l'examen bactériologique.

Le malade n'avait pas de fièvre, ni de douleurs d'oreilles, appétit nul, grande faiblesse. La pseudo-membrane cède à des lavages pratiqués à des intervalles de quatre à cinq jours. Le 5 décembre le tympan est normal mais la membrane dénudée, saignant, ressemble à un polype framboisé ; on retire des végétations polypoides du conduit auditif externe qui disparaissent complètement le 16 janvier, mais la peau du conduit commence à gonfler et les douleurs d'oreilles apparaissent ; le 22 et le 23 janvier accès de fièvre, gonflement douloureux du conduit auditif, l'exsudat pseudo-membraneux reparait. Le 26 janvier le conduit auditif est débarrassé de ses membranes, à l'exception de la paroi supérieure qui supporte une ulcération irrégulière à bords dentelés, recouverte d'un conduit graisseux à travers laquelle la sonde pénètre dans une poche qui ne rend aucun liquide, mais par l'ouverture on voit un tissu blanc nécrosé. Maintenant la poche a disparu, l'épiderme du conduit auditif externe est normal, seul l'orifice est rétréci. La périphérie de la membrane tympanique est cachée par des granulations, enflée, infiltrée ;

la sécrétion de la caisse diminue. La voix chuchotée est perçue à 60 centimètres.

Le traitement a toujours été antiseptique. Peut-être la sérothérapie eut-elle été indiquée, mais elle n'a pas été employée.

Discussion.

SZENES a décrit dans un rapport sur le service du Prof. Boeke, deux cas d'otite externe croupale, où les membranes se montrèrent à la suite d'applications d'acide lactique.

KREPUSKA. — Le tissu nécrosé qui se forme à la suite de cautérisation n'est pas une membrane croupale; la créoline provoque aussi l'otite externe diffuse avec blanchissement de l'épiderme.

WINTERNITZ. — Des cultures de bacilles diphthériques administrés à la dose de 5 centimètres à un cobaye ne le tuèrent pas, mais l'existence du bacille de Löffler fut formellement reconnue.

4. LICHTENBERG. — Ablation d'un polype nasal, otite moyenne aiguë, abcès otogène de la fosse crânienne moyenne, antrectomie, trépanation du crâne; guérison. — Les affections du rocher tiennent en chirurgie une place exceptionnelle, car les inflammations otitiques pénétrant au fond de cet os n'atteignent pas toujours la périphérie externe.

Le malade qui fait l'objet de cette communication se présenta le 21 décembre 1896 à la Polyclinique, son médecin fournit les renseignements suivants. Il fut appelé le 24 novembre auprès du malade qui se trouvait dans un état semi comateux; sa femme raconta que depuis qu'il avait été opéré d'un polype du côté droit du nez, il souffrait de douleurs s'irradiant dans toute la tête, vomissait souvent, était constipé et délirait pendant la nuit. Les parents du malade sont bien portants, et lui-même a été guéri il y a dix ans, à Vienne, d'une otalgie aiguë bilatérale douloureuse. Depuis quelques jours il maigrit, la face rougit, la tête est un peu inclinée en arrière et à droite, la pupille droite est rétrécie, réagit faiblement. Température 39,7. Les muscles du cou sont tendus et le cou lui-même est légèrement raide; l'apophyse mastoïde et les muscles du cou sont douloureux. Les battements du cœur sont irréguliers; pouls de 130 à 150.

A l'examen de l'oreille droite, le Dr Feldbaum trouva du pus jaunâtre, provenant de deux perforations tympaniques. Le 24 novembre, application de sangsues suivie d'effusion de sang,

glace sur la tête, lavage de l'oreille avec une solution boriquée et diète lactée; résultat nul. La fièvre oscille entre 39 et 39,5. Vomissements prolongés; persistance de la céphalalgie, depuis quatre semaines le malade ne dort pas. On l'amène le 21 décembre à la Polyclinique avec le diagnostic d'affection intracrânienne d'origine otique.

Examen. — Il sort du conduit auditif externe droit une quantité de pus crémeux, le conduit est rétréci, ses parois sont rouges, la membrane tympanique enflammée porte à sa partie supéro-postérieure une petite perforation qui laisse sourdre du pus qui remplit immédiatement le conduit. Par le cathétérisme, on perçoit un bruit de perforation, de vives douleurs spontanées à la percussion dans les os mastoïdiens et dans toute la moitié droite de la tête. Œdème étendu. Pouvoir auditif de l'oreille malade = 0; Weber fortement latéralisé à droite. Rinne fort du côté malade. Diagnostic: Inflammation aiguë suppurée perforante de la cavité tympanique, empyème des os mastoïdiens et abcès périsinusien probable.

Après trois jours d'observations pendant lesquels je fendis toute la moitié postérieure du tympan pour faire écouler le pus, j'opérai le malade sous le chloroforme le 24 décembre, car les douleurs devenaient intolérables, l'œdème prenait une extension effrayante et la fièvre augmentait. Je fis d'abord l'antrectomie de Schwartze pour ouvrir complètement l'antre, à travers lequel sortit une petite quantité de pus. On enleva les os cariés et les granulations, mais sans trouver de pus au fond de l'antre. Je cherchai l'origine de la suppuration et incisai la peau jusqu'à 1 centimètre au-dessus et en arrière du conduit auditif externe. C'est alors seulement que le pus s'écoula. J'élargis l'ouverture crânienne, raclai les granulations de la dure-mère, sondai la cavité crânienne et retirai une cuillerée à soupe de pus inodore. Pansement à la gaze iodoformée.

Le malade supporta parfaitement l'opération; on le ramena à son domicile dans une voiture allant au pas, il dormit bien toute la nuit. Le lendemain la température était à 38°, depuis lors ni fièvre ni œdème, ni céphalée. L'état général est parfait. Au bout de six jours, il vient faire changer son pansement, la cicatrisation est rapide et l'audition s'améliore.

Les cas de complications intra-crâniennes consécutives à l'extraction de polypes du nez étant rares, j'ai trouvé cette observation intéressante à rapporter.

Discussion.

ZWILLINGER. — L'infection d'origine nasale appelle notre attention sur deux points. D'abord l'auto-infection du nez; s'il existe des suppurations chroniques associées à des maladies, il s'agit peut-être d'une auto-infection facile à expliquer par le rapport des vaisseaux lymphatiques sous-duraux avec ceux du nez. L'infection consécutive aux interventions intra-nasales est rare, mais on a vu des opérations dans cette région suivies de mort. J'ai vu un erysipèle de la face survenu à la suite de l'ablation d'un polype nasal au moyen du serre-nœud, mais il guérit rapidement.

En tout cas il faut toujours prendre de minutieuses précautions antiseptiques pour les opérations nasales.

POLYAK trouve que le rapport entre l'opération nasale, l'otite moyenne et l'abcès péri-dural n'est pas suffisamment prouvé, car on ignore la cause de l'otite.

NEMAI. — Je n'ai jamais observé d'autre complication qu'un cas d'erysipèle à la suite d'une intervention intra-nasale. Dans le cas en question je ne crois pas aux relations de l'opération nasale avec l'abcès sous-dural. C'est l'effet du hasard.

BAUMGARTEN a aussi vu un erysipèle consécutif à une opération intra-nasale.

KREPUSKA. — Il est difficile de définir les rapports entre les interventions intra-nasales et les maux d'oreilles. Les lavages du nez jouent un rôle prépondérant, car par ce moyen des bactéries peuvent envahir l'oreille moyenne. Toutefois dans l'observation de L. la relation entre l'affection d'oreille et l'opération nasale n'est pas prouvée.

LICHTENBERG. — Bien que l'on puisse douter de la relation de l'opération nasale et de l'affection d'oreille je maintiens que si l'ablation du polype n'a pas produit de complication crânienne, elle a provoqué des accidents du côté de la caisse.

Séance du 28 février.

1. BAUMGARTEN. — **Suppuration ethmoïdale bilatérale avec formation de polypes.** — Femme de chambre âgée de 28 ans, souffrant depuis quatre ans d'obstruction des deux narines et de maux de tête. On enleva à plusieurs reprises avec de violentes hémorrhagies, au moyen de la pince, des polypes des fosses na-

sales, mais le côté droit s'oblitéra rapidement. Depuis quelques mois, céphalalgie continuelle, l'œil gauche voit trouble, la malade ne peut plus travailler, dort à peine, a des cauchemars, maigrit, ne mange pas, est triste. Dans la narine droite, on voit des polypes, à gauche, la déviation de la cloison gêne la vue. Par la rhinoscopie postérieure, on distingue un gros polype émergeant de la choane gauche qu'on retire avec l'anse froide en arrière, tandis que les autres polypes sont extraits péniblement en avant avec le serre-nœud introduit à travers un spéculum. A droite l'opération est très simple, il s'écoule du pus fétide. Avec la sonde, on rencontre partout des os dénudés, la plupart des lames ethmoidales sont détruites. Toute la cavité est remplie de granulations que l'on râcle pour faire couler librement le pus. Après l'opération les maux de tête disparaissent, la vision revient, les nuits sont bonnes et la malade se remet au point de pouvoir reprendre son service après deux mois de repos. Traitement ioduré et lavages du nez.

Au bout d'un certain temps le nez s'oblitére de nouveau et la céphalalgie reparait. Pas de polypes, mais des granulations obstruent la cavité, on les enlève et les souffrances cessent, les accidents se renouvelant chaque semaine, on conseille à la malade de se soumettre à un traitement suivi. S'il ne survient pas de méningite, on peut espérer la guérison en maintenant la cavité ouverte et en introduisant des tampons de gaze iodoformée.

L'affection est certainement d'origine spécifique.

Discussion.

STIPANITS demande d'où provenait l'affection.

ZWILLINGER, qui a vu la malade, a fait le même diagnostic.

MORELLI pense qu'il serait plus pratique pour gagner du temps d'enlever les os nécrosés par une opération radicale, on obtiendrait ainsi la guérison en six à huit semaines.

POLYAK est également partisan de l'intervention radicale, mais après avoir essayé l'opération intra-nasale après résection du cornet inférieur.

STIPANITS. — On a opéré un cas de nécrose ethmoïdale par l'orbite ; il subsiste encore actuellement une fistule suppurant un peu.

BAUMGARTEN. — Au point de vue étiologique, je distingue quatre formes de cette affection : 1° empyème ouvert ; 2° em-

pyème fermé; 3° ethmoïdite nécrosante de Woakes; 4° forme ossifiante. Les polypes proviennent des granulations des cellules ethmoïdales. Woakes a le premier décrit cette affection.

Le plus souvent j'opère radicalement pour détruire tous les os qui entretiennent la suppuration; si celle-ci gagne le sinus frontal, j'ouvre aussi ce dernier. Il est inutile de rabattre les ailes du nez et de réséquer le cornet moyen, la cocaïnisation suffit.

MORELLI. — C'est seulement en ouvrant le nez que l'on peut intervenir radicalement. J'ai déjà effectué cette opération et ai pu atteindre le sinus sphénoïdal.

POLYAK. — Les théories de Woakes et de Grünwald ne doivent pas être confondues, car tandis que le premier soutient l'existence d'une ethmoïdite nécrosante, le second la nie.

2. BAUMGARTEN. — *Lupus, ou lupus tuberculeux du larynx.* — H. M., 35 ans, négociant, vint consulter l'auteur il y a un an. Le malade n'est ni syphilitique, ni hémoptysique, pas de fièvre, de toux, d'enrouement, mais il accuse depuis quelques jours des troubles de la déglutition qui le gênent aussi pour parler. Rien du côté des poumons. Dans le pharynx on voit entre les deux voûtes palatines et sur l'amygdale une ulcération recouverte d'un dépôt blanchâtre s'étendant sur le côté. Le bord droit de l'épiglotte manque, le fond de la perte de substance forme une ulcération atteignant le bord libre du côté gauche et le repli ary-épiglottique droit. Badigeonnages à l'acide lactique.

Les troubles de la déglutition persistant, on parvint à les faire disparaître en grattant l'ulcération et en la cautérisant ensuite à l'acide lactique. Guérison en deux mois. On considéra ce cas comme une tuberculose laryngée primitive guérie.

Deux mois après, retour des troubles de la déglutition, perte de substance de la partie gauche de l'épiglotte, ulcération tout le long du repli ary-épiglottique gauche.

Raucité. Léger catarrhe du sommet droit, pas de bacilles dans les crachats. Badigeonnages à l'acide lactique qui cette fois guérissent rapidement le malade, les ulcérations de l'épiglotte et du repli ary-épiglottique se cicatrisent, mais on voit survenir dans le tissu cicatriciel de petits nodules et des ulcérations qui disparaissent sous l'action de l'acide lactique, mais pour récidiver après. Traitement ioduré bien qu'il n'y eut pas trace de syphilis. Guérison en trois mois.

Au bout de six mois, nouveaux troubles de la déglutition. A la

place de l'épiglotte se trouve un moignon irrégulier. Tout le repli ary-épiglottique droit est cicatrisé, on y voit des nodules et des ulcérations qui cèdent à l'influence de l'acide lactique mais reviennent toujours avec rapidité pour guérir ensuite.

Actuellement tout est cicatrisé. Le malade se trouve bien, la voix est revenue.

La syphilis doit être exclue, de même que la tuberculose, aussi admettra-t-on que l'on avait affaire à du lupus.

Discussion.

MORELLI a soigné un cas analogue d'ulcérations s'améliorant par l'acide lactique et l'iodoforme. Il n'existait pas à cette époque de bacilles tuberculeux, mais le malade mourut phthisique cinq ou six ans après. Je crois le malade B. tuberculeux, car il faut chercher les bacilles non seulement dans les crachats, mais encore dans le tissu excisé.

ZWILLINGER. — Si la syphilis est hors de cause, il faut choisir entre le lupus et la tuberculose. Les cicatrices se voient aussi chez les phthisiques, mais les nodules atrophies et les ulcérations guérissant rapidement sont caractéristiques du lupus. Je crois qu'on est en présence d'un lupus tuberculeux.

NEMAI a été consulté par un officier n'ayant aucune tare héréditaire dont l'épiglotte était convertie en une masse granuleuse.

On hésita entre la tuberculose, la syphilis et le cancer sans pouvoir émettre un diagnostic certain. Schroetter pratiqua une excision exploratrice, trouva de la tuberculose et conclut à la cure par l'acide lactique; le malade succomba deux ou trois mois après à la phthisie. La tuberculose laryngée était primitive.

3. POLYAK. — **Curettes galvano-caustiques pour les cornets inférieurs.** — Ces curettes sont destinées aux cas d'hypertrophies chroniques prononcées trop lisses pour le serre-nœud et qui ont besoin de plusieurs séances pour être réduites par la simple cautérisation.

4. NEMAI. — **Sur une particularité de l'articulation crico aryénoïdienne.** — L'auteur dit que lors de l'occlusion glottique, le processus vocal ne se meut pas seulement d'un côté, mais peut être attiré en bas, de sorte que pendant la production des sons aigus, la corde vocale ne s'élève pas, mais occupe un niveau plus profond, bien que dans le miroir on voie la corde vocale et le cartilage aryénoïde se mouvoir en haut.

5. NEMAI. — **Sur l'élasticité du cartilage trachéal.** — Au cours de recherches sur les mouvements de la trachée. N. a remarqué un fait connu mais non encore décrit. Si nous incisons la paroi antérieure de la trachée, comme pour la trachéotomie, les bords de la plaie ne se séparent pas et ont plutôt tendance à se rapprocher tant ils ont d'élasticité.

Séance du 29 mars.

1. V. NAVRATIL. — **Ostéome frontal.** — G. S., 26 ans, remarque depuis trois ans une tumeur qui se développe au milieu du front et qui, de la dimension d'un bouton de chemise, a atteint celle d'une noisette.

Au milieu du front, on voit une tumeur dure, fluctuante, contenant un liquide séreux, rougeâtre, trouble. Lors de l'opération on vit qu'il n'existait pas de communication avec le nez; peut-être avait-on affaire à un sarcome.

2. IRSAL. — **Un cas de pemphigus laryngien.** — La malade, âgée de 42 ans, souffre depuis six semaines de cette affection, elle s'en est aperçue en ressentant des élancements en avalant. Les gencives sent tuméfiées et saignent facilement. A la pointe de l'épiglotte, on voit une place grosse comme une lentille recouverte d'un dépôt d'un jaune blanchâtre. A gauche on distingue également une vésicule contenant du liquide. Les ventricules sont rouges et un peu gonflés. Des symptômes analogues du côté de la vulve et sur la main assurèrent le diagnostic de pemphigus.

Discussion.

ZWILLINGER est sûr du diagnostic. Le pronostic du pemphigus est défavorable : contre les douleurs de la déglutition, nous employons d'abord de faibles solutions de cocaïne que nous élevons peu, mais les malades s'y habituent, et la dysphagie se montre bientôt.

BAUMGARTEN dit que ce cas appartient à la forme la plus rare où les vésicules envahissent l'épiglotte. Généralement le pemphigus attaque des individus décrépits et si les vésicules atteignent la conjonctive on verra se développer à la suite la phthisie du bulbe.

IRSAL se propose de présenter la malade lors de la prochaine éruption.

Séance du 20 mai.

1. V. NAVRATIL. — **Rhinoplastie dans le sclérome.** — Femme de 33 ans, atteinte de rhino-chéilo-sclérome sur laquelle N. pratiqua à la suite de l'ablation du sclérome de la lèvre supérieure la plastique et comme la première opération avait réussi, il eut recours à la rhinoplastie après l'extirpation du sclérome nasal. Le nez a été formé à l'aide du périoste; le lambeau a guéri par première intention. Vu l'étendue du sclérome, des cicatrices ont subsisté sur le visage, mais elles tendent à s'effacer.

2. V. NAVRATIL. — **Déviation prononcée de la cloison nasale guérie par une opération.** — K. G. 18 ans; affection congénitale; l'obstruction nasale remonte seulement à trois ou quatre ans, mais elle est si prononcée que le malade doit toujours respirer par la bouche. Fréquents maux de tête. A deux reprises, deux ans auparavant, le malade a été opéré à Vienne sans résultat appréciable.

Le nez est dévié à droite, la narine droite est tellement rétrécie qu'il n'existe plus qu'une fente étroite à travers laquelle l'extrémité d'une sonde peut à peine pénétrer. Le méat moyen est assez large. Une petite quantité d'air passe à travers la fosse nasale droite. Le méat moyen gauche est un peu plus large. Paroi postérieure du pharynx sèche.

Le 8 mai, opération sous le chloroforme. Le fragment de cartilage extrait en deux morceaux a quatorze millimètres de long et neuf millimètres de large. Les sutures sont enlevées le troisième et le quatrième jour. Guérison de la plaie par première intention. Le malade respire la bouche fermée, même la nuit, la céphalalgie est enrayée et la paroi postérieure du pharynx n'est plus sèche. On ne voit plus trace de l'incision sur le dos du nez.

Discussion.

NEMAI a corrigé avec le ciseau la déviation dans un cas de sténose nasale consécutif à une hypertrophie du cornet gauche avec déviation à droite. Le résultat est satisfaisant mais la plaie n'est pas cicatrisée depuis six semaines.

BAUMGARTEN. — Dans les cas de ce genre je forme d'abord un lambeau de muqueuse, j'arrête l'hémorrhagie par le tamponnement et je n'enlève que le lendemain le cartilage sur lequel repose le lambeau.

ZWILLINGER. — Quoiqu'une intervention intra-nasale ne fournisse aucun résultat, cette opération a eu une issue très heureuse.

NAVRATIL. — Le malade avant de venir me trouver avait subi sans succès deux opérations caustiques et une intervention avec le ciseau, c'est pourquoi il consentit à l'opération.

3. HULTH. — **Ostéoplastie du nez effectuée pour une lacune de l'os nasal d'origine traumatique.** — J. G., cocher, 29 ans, est tombé il y a dix ans sous une roue de moulin qui lui a déchiré la figure et cassé l'avant-bras droit. Il s'est remis au bout de longtemps mais la face est restée déviée, l'os du nez manque et à la place du dos nasal on voit une lacune grosse comme une pièce de deux francs limitée par du tissu cicatriciel, ayant la forme du sinus pyriforme et séparée en deux par la cloison cartilagineuse. Des parties molles du nez restent seulement la pointe, les deux ailes et la cloison mobile. Sur le front existe une cicatrice circulaire longue de dix centimètres, le nez est fortement ensellé.

Opération : après avoir rafraîchi les bords cicatriciels de la lacune je détache un lambeau des parties molles du nez que je rabats pour recouvrir la lacune. Ayant agrandi la plaie qui affecte une forme ovale depuis la pointe du nez jusqu'à sa racine je la couvre avec un lambeau osseux provenant du front, que je fixe avec des sutures et qui se réunit par première intention. Au bout de huit semaines, le nouveau nez a un profil parfait, la peau est de la même couleur que celle du visage.

4. POLYAK. — **Lupus de la face et de la muqueuse nasale.** — Pas de tuberculeux dans la famille de la malade âgée de 17 ans. La tache sur la joue est apparue il y a quatre ou cinq ans en même temps que l'obstruction et la suppuration nasales.

Maintenant on voit sur la joue droite une tache lupique de la dimension d'une pièce de un mark, lisse et cicatricielle, sauf d'un côté où se trouvent quelques nodules. Lorsque je vis la jeune fille, depuis quatorze jours ses fosses nasales étaient remplies de granulations purulentes, molles, saignant facilement, provenant de la cloison. A la suite du curettage et d'applications énergiques journalières d'acide lactique à 80 %, on voit nettement le lupus sur la cloison, l'extrémité antérieure droite du cornet est également lupique, de plus, le cartilage de la cloison est mou sous la sonde. A gauche, la partie curettée du tissu infiltré est presque complètement cicatrisée.

Discussion.

BAUMGARTEN. — Dans les cas de lupus de la face, chacun admettra l'existence du lupus nasal. Si ce dernier date de plus de deux ans, on verra survenir des destructions et des lacunes, je crois la malade en question tuberculeuse.

5. ZWILLINGER. — **Prolapsus du ventricule de Morgagni.** — Le malade, âgé de 27 ans, bien portant jusque là, à la suite d'une promenade par le froid et la pluie, s'est enroué et a commencé à tousser. Après plusieurs traitements infructueux, le malade se décide à une opération. En cinq séances, on enlève une quantité de parcelles laryngiennes au moyen de pinces, en janvier sa voix redevient plus claire. Récidive en mars. A l'examen du larynx, on voit seulement le bord étroit coloré en gris rougeâtre de la corde vocale gauche, de sorte que pendant la phonation elle disparaît à deux ou trois millimètres en arrière de la commissure antérieure et dans la région de l'apophyse vocale gauche. Pendant l'inspiration, le bord visible se rétrécit encore au milieu. Par un examen plus approfondi, on s'aperçoit que la corde gauche est recouverte d'un repli muqueux d'un gris rouge foncé qui est nettement séparé du ventricule gauche. Ce repli se détache du ventricule gauche de Morgagni, il se relève peu avec la sonde. Il s'agit d'un prolapsus du ventricule de Morgagni. La moitié droite du larynx est normale, on distingue l'orifice du ventricule droit, la corde vocale offre les signes d'un catarrhe chronique de même que les autres parties du larynx. La motilité des cordes vocales n'est pas entravée.

On n'a pas affaire ici à un prolapsus *sensu strictiori*, mais à une hyperplasie chronique du tissu conjonctif attaquant la surface de la corde vocale, la paroi externe ou la face inférieure du ventricule, ou à une combinaison des trois formes. Le prolapsus a envahi la glotte et provoqué ainsi des troubles vocaux améliorés à la suite de l'ablation des parties malades.

Discussion.

POLYAK ne croit pas à un prolapsus, mais à une hypertrophie partielle de la paroi ventriculaire.

6. ZWILLINGER. — **Ulcère nasal perforant.** — S. J., 38 ans, souffre depuis six à sept ans de coryzas fréquents et d'hémorrhagies nasales, souvent apparaissent des croûtes que le malade cherche

à enlever avec l'ongle, ce qui provoque des effusions de sang abondantes. Depuis deux ou trois ans il s'est soigné à plusieurs reprises. Pas de syphilis. Neurasthénique, le malade a été soigné par un spécialiste neurologue. En examinant le nez, on trouve à la face droite de la cloison cartilagineuse, presque au milieu du cartilage quadrangulaire, une ulcération grosse comme une pièce de cinquante centimes, qui est certainement un ulcère perforant.

7. KREPUSKA. — **Sarcome primitif du ganglion de Gasser et ses rapports avec la fonction auditive du même côté.** — N. J., employé, 38 ans, entré le 19 février 1895 dans le service du Prof. Kétty. Blennorrhagies fréquentes. Depuis le mois de janvier maux de tête constants se répercutant sur l'oreille droite.

Le malade est bien développé et se nourrit convenablement. Les pupilles réagissent. Vision normale. Voix légèrement nasonnée, sterno cleido-mastoidien droit tendu, douloureux. Pas de glandes au cou. Respiration et circulations normales. Dureté d'oreille et bourdonnements à droite. Perte du goût. L'oreille est sensible surtout, la région rétro-maxillaire et l'apophyse mastoïde. Conduit auditif sain et membrane tympanique transparente, pâle, non injectée, un peu affaissée. Pas d'inflammation de la caisse, Weber non perçu à droite. Chuchotement à un mètre et demi du même côté. La Politzération ne réussit qu'avec le cathéter, le son est sec et élevé. L'insufflation n'agit ni sur l'ouïe ni sur la douleur. Le malade ne peut ouvrir la bouche, les incisives ne s'écartent que de un à deux centimètres; rien d'anormal dans la cavité bucco-pharyngienne. Respiration nasale embarrassée. Le malade accuse de violents maux de tête à droite qui l'empêchent de manger et de dormir. Le traitement anti-névralgique échoue. On crut à une périostite syphilitique de la base du crâne et on conseilla la cure mercurielle.

Le malade revint à Budapest au mois d'août et fut admis dans le service de Hochhalt, à l'hôpital Saint-Etienne. La moitié droite de l'os frontal et l'os pariétal sont douloureux au choc. Les incisives s'écartent à peine, le pharynx est libre, dans l'angle maxillaire droit, une glande dure grosse comme une noix. En levant le bras droit, la région mammaire est sensible, ainsi que l'espace intercostal. A droite, bourdonnements et surdité. Tympan terne, abaissé, mais non enflammé: pas d'exsudat dans la caisse. La montre est perçue à droite seulement au contact.

Le malade est anémié, maigri, il ne peut se lever qu'en

s'appuyant sur une canne, la marche est difficile. Il se plaint surtout de vives douleurs dans la tête et les extrémités inférieures. On diagnostique une névrite syphilitique multiple et on injecte au malade du sozoiodol. Le 15 août la région lombaire devient douloureuse, le 22 août les pieds sont incapables de mouvement. Tout le corps se prend et le malade succombe le 27 septembre.

Autopsie. — Sur le ganglion de Gasser droit, on voit une tumeur lisse longue de 3 centimètres et demi et large de 2 centimètres pénétrant un peu dans le crâne. La partie charnue du tenseur du tympan est transformée en tumeur, très épaissie, mais ne remplit pas toute l'étendue de la trompe cartilagineuse, de sorte que la caisse est libre. Une grande partie du pharynx nasal est bourrée de granulations. A l'examen histologique on reconnaît un sarcome alvéolaire.

SOCIÉTÉ NÉERLANDAISE DE LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOTOLOGIE

5^e session annuelle, Amsterdam 23 mai 1897 (1).

*Président : GUYE ; trésorier : MOLL ; secrétaire-bibliothécaire :
BURGER*

1. H. BRAAT (Arnheim). — **Troubles moteurs laryngés rares.** — Malade de 57 ans vint consulter le 23 octobre 1896. Cinq semaines auparavant, au cours d'une dispute, cet homme a reçu un coup de couteau au milieu du sterno cléidom. gauche, et un second coup entre la 6^e et la 7^e côtes. La plaie du cou saigna peu et fut suturée par un médecin. Le malade avait perdu la voix. Du côté gauche du cou on voyait une cicatrice. A l'examen laryngoscopique, B. fut surpris de trouver la corde vocale gauche excavée mais exécutant des mouvements normaux tandis que la corde droite également excavée était fixée dans la position cadavérique qu'elle conserva durant trois semaines. La corde gauche recouvra bientôt sa motilité normale, mais on observa sur le côté une paralysie latérale typique. Lors-

(1) D'après le compte rendu de *BURGER, Monats. f. Ohrenh. octobre 1897.*

que B. revit le malade il y a six semaines, la voix s'était notablement améliorée et la corde droite se rapprochait de la ligne médiane. Quelques jours plus tard, l'auteur constata une paralysie postérieure complète avec position médiane de la corde vocale. Ce cas est difficile à expliquer, car la blessure n'était pas assez profonde pour admettre une lésion récurrentielle. B. croit à une névrose traumatique.

Discussion.

P. MEYJES pense qu'il existait peut-être avant une paralysie récurrentielle droite et que l'aphonie serait la suite d'une paralysie fonctionnelle des adducteurs.

BURGER est d'avis opposé en raison de la pureté postérieure de la voix, ainsi que de la transformation de la corde vocale de la position cadavérique en situation médiane, ce qui est la règle dans la cure de la paralysie récurrentielle.

PEL ne trouve pas d'autres signes de névrose traumatique. Peut-être le traumatisme avait-il provoqué une hémorragie profonde dans la moitié droite du cou, suivie de paralysie récurrentielle.

BURGER constate l'existence actuelle d'une paralysie récurrentielle droite et d'une paralysie latérale typique à gauche.

2. H. J. REINTJES (Nimègue). — **Sténose laryngée typhique.** — Sténose développée à la suite d'un typhus chez une malade de 20 ans. Trachéotomie. Au bout de dix jours, on retire la canule. Ankylose aryténoïdienne gauche et situation profonde de la corde vocale du même côté. Motilité normale de la corde droite. Tuméfaction hypoglottique importante à droite. Pendant les mois suivants, violents accès de dyspnée provoqués par l'augmentation du gonflement hypoglottique. Il existe aussi un certain degré de sténose permanente avec cornage. La fixation du cartilage aryténoïde gauche est indubitablement due à une périchondrite typhique. Que pourrait-on faire contre la tuméfaction intermittente survenant sous la corde vocale droite ?

Discussion.

BURGER pense qu'on pourrait essayer de la galvano caustique comme pour les affections analogues des cornets inférieurs.

SCHUTTER conseille le tubage.

PEL considère l'affection comme un œdème angio neurotique et recommande le traitement interne par l'antipyrine.

3. P. K. PEL (Amsterdam). — **Sur la participation du larynx aux affections de l'appareil nerveux central.** — Après l'exposé complet de l'état actuel de la question de l'innervation centrale du larynx, surtout au point de vue pathologique, P. présente trois malades affectées d'aphonie hystérique et d'autres troubles de même nature. La première a une contraction du nerf facial gauche avec spasmes cloniques : la seconde un ptosis hystérique à droite, avec contraction des antagonistes (mm. front. et corr. supercil.) compliquée de maladie de Basedow ; la troisième souffre de photophobie hystérique avec crampe secondaire prononcée de la paupière.

La quatrième malade, âgée de 30 ans, est atteinte de paralysie bulbaire progressive chronique (maladie de Duchenne), le palais, les muscles du pharynx et les deux nerfs récurrents sont paralysés (celui de gauche incomplètement. Les lèvres et la langue sont atrophiés. Les deux faciaux sont paralysés ; la physionomie est singulière. On commence à observer une atrophie des mains.

La cinquième malade, âgée de 39 ans, a une paralysie bulbaire secondaire ou ascendante ; atrophie de la langue, troubles de la phonation et de la déglutition, ptialisme, etc. Paralysie faciale presque totale.

P. montre ensuite la malade atteinte de paralysie postérieure gauche qu'il a présentée trois ans auparavant à la Société et qu'il considérait à ce moment comme hystérique. Certainement la paralysie laryngée a été causée par l'hystérie.

Discussion.

BURGER n'est pas persuadé de la nature hystérique de la paralysie qui n'est rien moins que prouvée.

PEL croit au contraire à l'origine hystérique de la paralysie.

4. A. A. G. GUYE (Amsterdam). — **A. Affection mastoïdienne guérie depuis sept ans.** — Malade présenté il y 4 quatre ans à la Société et guéri depuis. L'antre a deux ouvertures permanentes, l'une dans le conduit, l'autre à l'extérieur. G. préconise la permanence de l'ouverture de ces fistules.

Discussion.

MOLL ne croit pas à l'efficacité des petites ouvertures, il est partisan de la perforation étendue des cavités de l'oreille moyenne.

MEYJES a eu à se louer de l'occlusion primitive de l'ouverture rétro-auriculaire à la suite de l'opération radicale.

B. Inflammation ethmoïdale opérée. — Malade de 24 ans souffrant depuis plusieurs années de suppuration nasale fétide, a vu apparaître il y a six mois une fistule à l'angle interne de l'œil. Opération par le procédé de Grünwald, l'os ethmoïdal malade est enlevé avec la curette et tamponné à la gaze iodoformée. Au bout de six jours on retire les tampons, et on injecte quotidiennement de la glycérine iodoformée. G. espère que la guérison sera complète dans quelques jours.

Enfin G. montre une bulle ethmoïdale enlevée avec le serre-nœud chez un malade souffrant d'obstruction, d'aprosie et de réflexes vaso-moteurs.

5. G. D. COHEN-TERVAERT (La Haye). — **Kyste aérien intra-laryngé.** — Homme de 62 ans, enrôlé depuis 17 ans et atteint depuis un certain temps d'une dyspnée croissante. L'orifice laryngien est presque complètement obstrué par une grosse bulle partant du côté gauche. La moitié gauche du larynx est immobile. Un confrère avait diagnostiqué une paralysie de la corde vocale gauche. Par une forte inspiration, la glotte étant fermée, et en avalant rapidement de l'eau, la bulle disparaît. La partie gauche du larynx est très épaissie, on ne distingue plus la corde vocale. T. a remarqué que la bulle provenait du milieu de la surface supérieure de la bande ventriculaire tuméfiée. Il sort également une bulle de la bande ventriculaire droite, mais elle est bientôt recouverte par celle de droite qui est plus grosse.

La bulle doit être le ventricule hypertrophié ou son appendice, qui gonfle lors de la phonation et se fait jour dans la muqueuse à travers une fente. La littérature ne contient pas d'observations analogues. L'auteur a l'intention de retirer la bulle avec un serre-nœud.

Discussion.

KROL est d'avis d'appeler cette affection pneumatocèle.

HUYSMAN demande s'il existait une inflammation ou des signes de tuberculose pouvant avoir donné lieu à une fistule.

COHEN TERVAERT répond qu'il n'y avait aucun antécédent morbide.

6. H. BURGER (Amsterdam). — **A. Ozène guéri.** — **B. Tubercu-**

lose laryngée guérie. — A. La curabilité de ces deux affections est maintenant généralement reconnue, mais les guérisons sont encore rares et demandent beaucoup de patience.

Enfant de 14 ans soigné depuis deux ans et demi pour un ozène classique. Il a déjà été traité longtemps par des spécialistes. Lavage du nez deux fois par jour et insufflations d'acide borique finement pulvérisé. Comme au bout de deux mois on n'obtenait aucun résultat, B. nettoya le nez d'abord tous les jours, puis à intervalles de 2, 3 et 4 jours et massa vigoureusement toute la muqueuse nasale avec de l'huile mentholée (pas de vibrations) tout en faisant continuer à domicile les douches et la poudre boricuée. En trois mois la sécrétion diminua notablement, les croûtes cessaient de se former; odeur nulle. Vaporisations nasales par la méthode de Kuttner. Au bout de six autres semaines on ne voit plus aucune croûte, même lorsqu'on interrompt le traitement pendant trois jours. Le malade se lave le nez à intervalles de plusieurs jours, mais c'est la seule chose qu'il fasse depuis onze mois. Les croûtes n'ont pas reparu. L'auteur rapporte encore quelques cas de guérison complète de l'ozène, même une des malades a cessé les irrigations.

B. Domestique ayant des tares héréditaires atteinte d'hémoptysies en juin 1894 et en janvier 1895 d'enrouement, de toux, de céphalalgie, de sueurs nocturnes et de fièvre. Elle entra dans cet état dans le service du Dr Stumpff. Au 20 avril 1895 on trouve une marque scrofuleuse sur la joue gauche, un léger ramollissement du sommet droit avec des râles; du côté du larynx, rougeur et gonflement de la bande ventriculaire droite, ulcérée à la surface, tuméfaction sous la corde vocale droite qu'on ne distingue plus. Epaissement de la paroi laryngée postérieure. Bacilles tuberculeux dans les crachats (Dr Spruyt Landskroon).

27 avril. — Ablation du bord de la bande ventriculaire et d'une portion des tumeurs molles saignant facilement. Badigeonnages quotidiens à l'acide lactique.

18 mai. — Extraction presque totale des tumeurs avec la double curette: acide lactique.

6 juin. — Les gonflements du ventricule ont beaucoup diminué; la corde vocale est visible; la partie postérieure du ventricule est encore ulcérée à la surface, la tuméfaction sous la corde vocale a disparu. Depuis les granulations hypoglottiques ont récidivé à plusieurs reprises et ont été enlevées trois fois avec la curette (juillet, août, novembre). La malade quitte le service le 1^{er} décembre 1895. On ne voit plus ni ulcération ni gonflement, mais

seulement une rougeur peu accentuée de la moitié gauche du larynx qui avait entièrement disparu par un traitement externe en février 1896. Depuis pas de récurrence. L'examen microscopique pratiqué au laboratoire du Prof. Kuhn a démontré la nature granuleuse des tumeurs hypoglottiques. Voilà quinze mois que l'état général est bon et la voix normale.

Discussion.

COHEN TERVAERT rapporte un cas de tuberculose laryngienne guéri depuis deux ans par des extractions répétées de fragments de la paroi postérieure infiltrée et ulcérée suivies d'applications d'acide lactique.

7. F. J. MICHELSEN (Amsterdam). — A. Sur l'expérience de Politzer. — En dehors des causes connues qui font échouer l'expérience, M. fait remarquer que très souvent les malades n'avalent pas assez fort, instinctivement pour s'opposer à la forte pression de l'air. Ordinairement l'expérience réussit mieux la première fois parce que les malades ne savent pas ce dont il s'agit.

On observe que du côté où l'on introduit la canule dans le nez, l'air pénètre plus avant dans la caisse. Ce fait est digne d'attention en raison de la masse d'air insufflée et de la rapidité avec laquelle l'air se propage.

On sait que lorsqu'il existe une perforation tympanique, la Politzation échoue sur l'autre oreille quand on n'obstrue pas avec le doigt l'oreille perforée. Même sans perforation, l'auteur a remarqué que l'expérience réussit mieux lorsque le malade bouche son oreille.

M. recommande aussi de faire pénétrer dans le ballon l'air ayant filtré à travers un linge.

B. Un cas d'énurésie nocturne. — Enfant de sept ans, bien portant jusque là, souffre, à la suite d'un coryza suraigu non encore complètement guéri, d'un sommeil agité de ronflement et d'énurésie nocturne. M. cite cette observation pour démontrer la relation entre l'affection nasale et l'énurésie.

8. H. ZWAARDEMAKER (Utrecht). — Olfactomètre monté sur un pied. — Z. montre un nouveau modèle d'olfactomètre dont l'échelle est plus exacte que celle des appareils précédents. Autour du cylindre poreux se trouve une couche permanente de liquide, composé d'une solution de bisulfite d'allyl dans de la

paraffine liquide. Le choix de cette substance odorante est basé sur le fait observé par Z. et par Reuter que les hystériques perçoivent plus mal cette odeur et qu'elle les irrite davantage que d'autres substances odorantes.

B. Nouvelle méthode d'examen du goût ; sa valeur pour la spécialité. — Pour l'examen neurologique, Z. emploie de petits bâtons en forme de porte-plume faits avec des substances odorantes (extrait de gentiane, sucre candie, cristaux de tartre, etc.). A l'aide de tablettes on peut localiser l'existence de l'odorat sur les diverses parties de la langue. Pour notre spécialité on se contentera de recherches sans localisation. On obtiendra ce résultat en trempant des bâtons de moelle de sureau dans des solutions chimiques. Le pharmacien militaire van der Pluym a perfectionné cette méthode et choisi une solution pour chaque bâton ; les concentrations convenables sont : le chlorure de sodium à 1/10, l'acide tartrique à 1/10, la saccharine et le sulfate de quinine à 1/1000. A l'aide d'une pompe à air les bâtonnets de moelle de sureau sont imprégnés pendant plusieurs jours, puis taillés en coin et réunis par un coin sans odeur pour former un parallépipède. On détache de ce dernier au moyen d'un petit couteau quelques morceaux que l'on introduit dans la bouche du malade. La place où l'odeur a été sentie pour la première fois déterminé la mesure de l'acuité de l'olfaction. Cette méthode a une certaine valeur pour l'étude du catarrhe buccal, des phénomènes de dessèchement et des modifications épithéliales.

9. SCHUTTER (Groningue). — **Un cas d'empyème du sinus frontal, opéré par le procédé de Kuhnt.** — Malade de 59 ans, atteint depuis longtemps d'ozène et des catarrhes chroniques de l'oreille moyenne. Il souffre beaucoup de maux de tête et de vertiges. Le traitement consiste en curettage de l'ethmoïde malade, ouverture, lavage et tamponnement des sinus sphénoïdaux, et plus tard, lors de l'apparition d'une suppuration du sinus frontal droit, on ouvre ce sinus par la méthode de Kuhnt (8 janvier 1896). Le malade partit guéri le 3 juillet. Le 28 juillet apparaît une fistule frontale que l'on gratte ; puis que l'on traite après par le chlorure de zinc et le baume du Pérou. Le 30 septembre la fistule est guérie. Depuis plus de maux de tête. Le nez renferme après comme avant des croûtes fétides.

Au point de vue diagnostique, le seul signe certain d'une suppuration du sinus frontal est l'écoulement du pus à travers

le cathéter et la sensation éprouvée par le malade que la cavité se remplit d'eau. On aura divers cathéters selon les cas. L'auteur ne croit pas que Lichtwitz a raison lorsqu'il affirme avoir complété sa méthode par une canule de son invention.

S. montre un moule en plâtre du malade démontrant que le résultat esthétique de l'opération n'est pas brillant.

Discussion.

GUYE dit avoir opéré, d'une façon très satisfaisante au point de vue esthétique, un malade par le procédé de Kuhnt.

MOLL a également obtenu des succès. Dans un cas il ne subsista aucune déformation. Une fistule persista chez un malade dont les cellules ethmoïdales étaient attaquées.

LIEVEN préconise la méthode de Jansen.

VON ANROOY a vu également une fistule subsister dans un cas d'ouverture des cellules ethmoïdales par la méthode de Kuhnt.

MOLL recommande aussi le procédé de Luc ; mais il est difficile de préciser le moment où il faut enlever la canule.

10. P. K. PEL. — **Le symptôme d'Oliver dans l'anévrisme de l'aorte.** — P. démontre le symptôme chez un malade atteint d'un anévrisme aortique.

11. A. C. H. MOLL (Arnheim). — **Sur les névroses réflexes du nez.** — Historique de la question suivi de l'observation de troubles graves de la déglutition chez un malade de 60 ans qui disparurent après l'ablation d'une épine de la cloison. Le malade qui auparavant ne pouvait absorber que des liquides put se nourrir normalement. Dans un cas analogue où l'opération réussit, le résultat final fut moins satisfaisant. Les épines ont été enlevées au moyen de la scie électrique.

Discussion.

GUYE recommande de ménager la muqueuse de la face inférieure de l'épine lors de l'opération, de retirer les fragments osseux et de remettre en place le lambeau muqueux. La guérison est alors bien plus rapide.

MOLL n'a pas eu à se louer de cette méthode, car les lambeaux remis en place déterminaient des épaississements.

12. G. D. COHEN TERVAERT. — **A. Opération d'un cas d'angio-sar-**

oème du conduit auditif. — Femme de 60 ans, débarrassée quatre ans auparavant à l'aide de la curette et du cautère d'une tumeur de l'oreille gauche qui fut reconnue histologiquement pour un angio-sarcôme. Récidive en janvier dernier. L'auteur trouva une proéminence blanche assez dure, au fond de la paroi supérieure du conduit auditif, rétrécissement notablement de l'orifice.

L'opération pratiquée le 31 janvier consista à détacher le pavillon et à retirer la tumeur avec des ciseaux. Suture de la plaie et tamponnement du conduit. Guérison sans incidents. Au microscope, le Dr de Josselin de Jong constata la même structure que pour la tumeur primitive : tissu cellulaire avec cellules sarcomateuses, typiques de structure plexiforme, en relation avec les plis recouverts d'endothélium. Diagnostic histologique : lymphangio-sarcôme ou plutôt angio-sarcôme.

Le sarcôme de l'oreille externe est très rare ; seules douze observations ont été relatées.

B. Corps étranger de la trachée. — Il s'agit de la plaque palatine d'un ratelier qu'une dame avala et qui avait disparu. Le seul signe était une petite toux opiniâtre. Larynx normal. A l'examen par la méthode de Killian, l'auteur vit avec beaucoup de peine au-dessus de la bifurcation, sur la paroi trachéale postérieure, une raie d'un jaune rougeâtre et au-dessous un point que T. reconnut à la lumière solaire pour une dent. On fit la trachéotomie profonde (van Iverson), le corps étranger fut retrouvé et extrait.

Discussion.

VAN ANROOY montre un sifflet d'enfant long de trois centimètres qui ne fut pas découvert lors de la trachéotomie mais qui fut rejeté en bout de cinq ans dans une quinte de toux.

PEL rapporte un cas de sténose de la bronche gauche, pneumonie, et abcès pulmonaire chez un enfant de 10 ans à la suite de l'aspiration d'une dent de lait.

13. H. BRAAT. — Un cas de paralysie multiple des nerfs cérébraux. — Femme de 51 ans, envoyée pour des douleurs auriculaires névralgiques chez un dentiste qui lui enleva la deuxième molaire gauche cariée et sensible. A la suite de cette intervention la malade éprouva une sensation singulière dans la moitié gauche de la face et de la difficulté à parler. Sa famille constata

une asymétrie faciale et du nasonnement. Le même jour survinrent des troubles de la déglutition, une diminution de l'ouïe à gauche et une difficulté pour mouvoir le bras gauche. Le lendemain, paralysies du facial gauche, de la partie gauche du palais, de la fonction olfactive à gauche de la langue, du récurrent gauche, de l'acoustique gauche (incomplète) et du sterno-cleïdo mastoïdien. Traitement, repos, application de glace, iodure de potassium. En trois jours la paralysie faciale s'améliore mais les autres paralysies mettent deux mois à guérir. La surdité subsiste. En même temps disparut la sensibilité de l'apophyse mastoïde à la pression accusée par la malade depuis son accident.

B. cherche le siège de la lésion à la base du cerveau, au voisinage du long conduit auditif interne et du foramen jugulaire. On peut craindre une hémorragie vu l'âge de la malade et l'existence d'une artério-sclérose. Peut-être l'extraction de la dent a-t-elle été la cause occasionnelle.

Discussion.

PEL dit que les hémorragies sont rares sur ce point. On pourrait songer à une méningite circonscrite.

14. H. BURGER. — **Traitement de la sclérose auriculaire par l'injection de paraffine liquide.** — Malade de 18 ans ayant trois sœurs sourdes-muettes et soigné auparavant par le Dr Krebs, d'Hildesheim, pour une sclérose, vint trouver B. en février 1896. Surdité progressive. Bourdonnements incessants. A l'examen objectif tous les symptômes d'une sclérose typique. Injections de paraffine liquide à travers le cathéter avec peu de succès ; les bourdonnements s'atténuent un peu et l'audition s'améliore. Reprise du traitement au bout de huit mois, tous les quatre jours, avec un résultat surprenant ; les bourdonnements cessent et l'audition s'améliore d'une façon inattendue à gauche (de 3 à 50 centimètres pour la montre.

15. T. VAN LEYDEN (La Haye). — **Sarcôme naso-pharyngien guéri.** — Vieillard de 70 ans, souffrant depuis dix mois d'obstruction nasale, de surdité, de troubles de la déglutition, d'un écoulement purulo-sanguin de la narine gauche. L. découvrit au milieu du cornet inférieur gauche une ulcération fortement granuleuse. Dans le pharynx nasal, tumeur d'un rouge bleuâtre, lisse, non ulcérée, entourait l'orifice tubaire droit et se prolongeait à 1^m,3

en bas dans le pli salpingo-pharyngien, envahissant en haut la plus grande partie du toit pharyngé et recouvrant une portion des choanes, mais sans pénétrer dans le nez. Diagnostic histologique : sarcome à petites cellules passant de la forme fusiforme courte à la forme absolument ronde.

L'opération radicale étant contre-indiquée par l'âge du malade, l'étendue et la richesse vasculaire de la tumeur, L. a cherché à la morceller avec succès. Après que l'auteur eut guéri l'ulcération du cornet inférieur par l'acide trichloracétique et l'europhène il retira en plusieurs séances à l'aide du conchotôme la partie gauche supérieure de la tumeur qui rendit peu de sang. Les parties inférieures furent enlevées avec une curette. En raison de la violence de l'hémorrhagie, on ne put extraire de cette façon la portion de la tumeur sise au voisinage de la trompe droite, mais elle disparut après vingt-cinq séances électrolytiques (10-15 milliampères). Pendant les six semaines que dura ce traitement le malade prit de la liqueur de Fowler. Vers la mi-février la respiration nasale se rétablit, l'ouïe redevint normale. L. a revu récemment le malade qui ne souffre plus, le pharynx nasal est rempli de tissu cicatriciel recouvert d'épithélium.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies du nez, du pharynx, du larynx et de la trachée, par le prof. KARL STÖRK. Tome II, 32 figures (Vienne, 1897, édit. Alf. Hölder).

Comme le tome I^{er}, ce nouveau volume est essentiellement clinique, sans longueurs, riche en observations ; nous ne pouvons noter que quelques chiffres et quelques pages particulièrement personnelles. Dans l'espace des trois années il a été enlevé à la clinique 1300 *amygdales* ; lorsqu'il y a une hémorrhagie rebelle à l'emploi de la glace, S. n'a plus recours aux divers compresseurs, il ferme la plaie au moyen de deux à trois ligatures placées à l'aide d'aiguilles courbes et passant de l'arc palato-glosse à l'arc palato-pharyngé. — La *séborrhée* des follicules de la base de la langue et des amygdales, décrite par S. et classée actuellement comme affection mycosique, a été observée un certain nombre de fois ; le traitement le plus efficace paraît être l'emploi des antiseptiques

tels que le crésol à 20/0 qui amène la guérison en deux ou trois jours. Dans un cas bien observé, l'affection survenait fréquemment chez un jeune médecin ; il n'eut pas une seule atteinte durant toute une année passée en Italie et fut repris aussitôt rentré dans son domicile viennois ; chaque atteinte s'accompagnait de fièvre et de céphalalgie ; un dessin curieux accompagne ce chapitre. Le *leptothrix* peut pulluler dans le larynx et la trachée ainsi que l'auteur l'a découvert récemment. On voit assez souvent, à la suite de laryngites aiguës, persister des taches isolées, grises, que l'on considère comme des résidus inflammatoires ou bien une légère laryngite croupale ; dans un cas de ce genre, chez une enfant, l'auteur enleva une de ces taches à l'aide d'une pince et fut bien étonné d'y voir des filaments de *leptothrix*, ainsi que le montre une figure. — *OEdème du larynx aigu et idiopathique ; oedème périglottique*. Contrairement à l'opinion de bien des auteurs, S. admet l'oedème idiopathique aigu, car l'examen répété et minutieux ne fait découvrir aucune lésion de la muqueuse ; il n'y a pas de fièvre, à peine de la douleur et la respiration comme la déglutition ne sont guère gênées quand l'oedème n'occupe qu'un repli ary-épiglottique ; l'oedème bilatéral est grave et la mort en est parfois la terminaison. Il arrive qu'à l'autopsie les cordes vocales et l'espace sous-glottique soient infiltrés, mais c'est un phénomène cadavérique. Le traitement rationnel prévient le danger et même la trachéotomie devient exceptionnelle, il suffit de lacérer les coussinets oedémateux ; les inhalations astringeantes sont efficaces dans les cas légers. — *L'érysipèle du larynx* n'a jamais été vu par S. en tant qu'affection primitive, c'est toujours par extension d'un érysipèle de la face qu'il survient, toujours comme phase terminale de la maladie : c'est d'ailleurs là l'explication de la possibilité d'une terminaison favorable de cette complication si grave. — *Laryngite et trachéite pernicieuse, septicémique*. Affection rare, rapidement mortelle, sur la nature de laquelle on ne peut rien dire. Le larynx et la trachée sont pris en totalité, tuméfiés dans toutes leurs parties, comme hypertrophiés au laryngoscope ; en deux ou trois jours, le malade meurt avec des symptômes septicémiques et on trouve à l'autopsie les organes malades infiltrés de pus non collecté. L'examen laryngoscopique est fort difficile, car les malades sont à toute extrémité avant qu'on ait pu songer au larynx. — *L'actinomyose du larynx* se manifeste sous forme d'une tumeur qui couvre une moitié du larynx en impliquant le cartilage aryténoïde, le repli ary-épiglottique, le ligament pha-

ryngo-épiglottique ; il y a eu même temps une infiltration dure de la moitié correspondante du cou, de la région rétro maxillaire. L'auteur donne une observation personnelle, une autre de Illich. — *Les papillomes* sont sujets à des transformations soit régressives, soit prolifératives ; dans le premier cas, on voit un papillome pédiculé devenir moins mobile, puis sessile, des papillomes secondaires s'atrophier et se détacher ; les papillomes multiples, disséminés, sont de ce genre ; au contraire, le papillome qui récidive sur place menace de se transformer en carcinome.

De nombreuses observations, des tableaux statistiques, des figures enrichissent le volume.

M. N. W.

Des angines prémonitoires du rhumatisme articulaire aigu, par BOICHON (Th. de doct., Lyon, 1896. — *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 22 nov. 1896).

D'après Boichon, l'angine prémonitoire du rhumatisme articulaire aigu se trouve dans 50 % des cas. Elle devance ordinairement de trois à quatre jours les manifestations articulaires, mais il n'y a rien de fixe. On peut constater entre l'apparition de ces deux maladies un laps de temps variant de deux à vingt jours. Cette angine est le plus souvent simple, érythémateuse, mais elle peut se présenter sous toutes les formes : pultacée, herpétique, phlegmoneux. Aussi, peut-on dire qu'il y a, non pas une angine, mais des angines prémonitoires. Leur symptomatologie ne présente rien de caractéristique. Les recherches bactériologiques n'ont fait découvrir aucun agent spécifique. Les microbes vulgaires de la suppuration seuls ont été trouvés. Les médicaments spécifiques du rhumatisme articulaire aigu n'ont pas une action constante sur l'évolution de ces angines.

L'auteur conclut que ces angines prémonitoires ne sont pas de nature rhumatismale. Toutefois l'amygdalite est une des causes qui favorisent l'apparition du rhumatisme : l'agent encore inconnu de cette dernière affection pénètre dans l'organisme par les éraillures des tonsilles.

G. LAURENS.

Physiologie et hygiène de la voix, par F. BARBERÀ (M. Alufre, imprimeur, Valence, 1897).

Dans un volume de plus de 200 pages, orné de figures dans le texte, le Dr Barberà publie une série de leçons faites au Conservatoire de musique de Valence en 1894-95. Ce livre est divisé en quatre parties : préliminaires d'acoustique, préliminaires anatomo-

miques ; physiologie, hygiène de la voix. Bien que le sujet ait été souvent traité, l'auteur y apporte le résultat de son expérience personnelle expliquée très clairement. A. G.

Hygiène et alimentation des tuberculeux du larynx et du poumon, par F. BLUMENFELD (Berlin, 1897, Hirschwald, éditeur).

Ouvrage de cent pages, essentiellement pratique, étudiant l'habitation, le vêtement, l'alimentation des tuberculeux ; nous y trouvons, non seulement l'énumération des aliments recommandables, les quantités utiles de substances grasses et d'hydrocarbures, mais jusqu'au mode de préparation de certains mets ; il n'y a d'ailleurs rien de nouveau à signaler et rien de particulier en ce qui concerne la tuberculose laryngée.

M. N. W.

L'innervation du corps thyroïde. Recherches anatomiques et physiologiques, par E. BRIAU (Thèse, Lyon, 1897).

De l'ensemble des travaux étrangers compulsés et de ses préparations personnelles, Briau conclut que les nerfs thyroïdiens proviennent avant tout du tronc sympathique cervical, s'en détachant à des hauteurs différentes, mais principalement, chez l'homme, du deuxième nerf cardiaque et du ganglion cervical moyen. Ces nerfs forment autour des artères thyroïdiennes, surtout autour de l'inférieure, des plexus qu'il est facile de disséquer chez le fœtus.... Le laryngé supérieur et le récurrent envoient aussi deux ou trois filets chacun à la glande... Signalés les premiers par Henle, les seconds par Lindemann, Briau les a toujours trouvés dans ses dissections et n'a jamais rencontré les filets venus de l'hypoglosse ou du glosso-pharyngien décrits par quelques auteurs.

Dans l'intérieur de la glande, on doit distinguer des *nerfs vasculaires* qui suivent la disposition ordinaire et des *nerfs glandulaires* ; ceux-ci forment des intrications autour des nerfs glandulaires ; les ramifications terminales qui en partent, aboutissent à la surface externe de l'épithélium, sans pénétrer entre ses éléments ; il n'existe pas de cellules nerveuses ganglionnaires dans l'intérieur de la glande.

En interrogeant au point de vue de leurs effets glandulaires les différents nerfs du cou (section ou excitation), l'examen histologique montre qu'il n'est pas possible, dans cette glande à sécrétion lente, de surprendre un critérium de l'activité cellulaire thyroïdienne.

Seul, d'après les résultats pléthismographiques de l'A., parmi les nerfs du cou, le sympathique produit des effets vaso-moteurs dans la glande thyroïde : vaso-constriction au-dessus, vaso-dilatation au-dessous du ganglion cervical inférieur. — Sur les animaux, avec un sympathique cervical préalablement coupé, à la suite de l'intoxication par la pilocarpine, la thyroïde du côté lésé a toujours été trouvée plus grosse et plus colorée.

Les conclusions de Briau justifient la sympathicotomie préconisée par Jaboulay comme traitement du goître exophtalmique.

R. ÉTIÉVANT.

L'œsophagoscopie, par le Prof. KARL STÖRK (Vienne 1896 ; édit. W. Braumuller).

L'œsophagoscopie est actuellement une manœuvre courante à la clinique de l'auteur qui s'étonne de voir ce mode d'examen se répandre si lentement. Il fait l'historique des divers instruments inventés successivement, en donne les figures et décrit en détail l'œsophagoscope dont il se sert actuellement, long de 40 centimètres dans sa partie droite et rigide, muni au bout d'une partie articulée faite de huit pièces, laquelle prend, à l'aide d'un mandrin, la courbure voulue pour faciliter l'introduction du tube. On se sert de l'éclairage au miroir frontal, soit à la lampe frontale tout comme pour la laryngoscopie. L'œsophagoscopie est faite comme le cathétérisme de l'œsophage, le malade étant assis sur un siège bas, la tête un peu renversée ; cette position n'est en rien plus difficile à supporter que le décubitus dorsal ou latéral. L'extraction des corps étrangers, la dilatation des rétrécissements, le diagnostic des affections non inflammatoires sont ainsi faits journellement ; tous les malades ne supportent pas l'œsophagoscopie, mais elle est possible chez un grand nombre d'entre eux.

M. N. W.

ANALYSES

I. — OREILLE

Hyperostose du conduit auditif externe, par ARTHUR HARTMANN
(*Zeitschrift f. Ohrenh.*, 1896, t. XXX.

L'auteur s'applique à démontrer la différence entre l'exostose et l'hyperostose, cette dernière étant due à une anomalie de développement et de croissance ; on ne constate en effet jamais de processus inflammatoire, le tissu osseux est toujours normal et uniforme, l'hyperostose se limite à l'os tympanal et n'atteint jamais la portion écailleuse, la malformation est bilatérale et souvent héréditaire et toujours stationnaire chez l'adulte. Une figure montre l'hyperostose typique du conduit auditif ne laissant comme lumière qu'une fente verticale.

M. N. W.

Recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques sur les fosses nasales, le naso-pharynx et les cavités de l'oreille moyenne de cadavres d'enfants allaités et de nouveau-nés, par V. COZZOLINO (*Bollett. delle malatt. dell' orecch. etc...* mai 1896, n° 5).

L'auteur a voulu contrôler les recherches faites antérieurement depuis de Trœltzsch (1858) jusqu'à Rasch (1893), et rechercher si en général la lésion pyogène de l'oreille moyenne est primitive chez les tout jeunes enfants, ou si, au contraire, elle est consécutive à l'injection des premières voies respiratoires, comme cela a lieu chez les individus plus âgés.

Dans ce but il a examiné quinze cadavres d'enfants, dont cinq nouveau-nés et dix pendant la période d'allaitement.

Voici les résultats obtenus résumés dans le tableau suivant :

Cadavres	Nombre	Soins	Otite moyenne pu- rulente bila- térale	Otite moyenne pu- rulente uni- latérale	Inflammation purulente du nez et du naso-pharynx
Nouveau-Nés .	5	3 = 60 %	2	—	2
Allaités . . .	10	2 = 20 %	7	1	8

Chez les dix enfants atteints de lésions de l'oreille moyenne, l'antre et les cavités nasales et naso-pharyngiennes étaient également enflammés.

Les microbes trouvés dans le pus ont été des staphylocoques, diplocoques, streptocoques, sarcines, et le *bacterium coli*.

Pendant la vie ces lésions ne s'étaient manifestées que par des symptômes vagues, qui trop souvent sont rattachés à la tuberculose, alors que le plus souvent il ne s'agit que d'une infection due aux microbes pyogènes ordinaires.

Le diagnostic est souvent difficile; surtout si l'on oublie que chez les tout jeunes enfants la membrane du tympan ne se perce que rarement, à l'inverse de ce qui se passe chez l'adulte. Le médecin ne doit pas porter son unique attention sur l'existence ou l'absence de l'écoulement du pus par le conduit, symptôme objectif trop infidèle pour servir de base sérieuse au diagnostic.

Il résulte donc de ces recherches que la suppuration de la caisse et de l'antre est consécutive à l'injection des premières voies respiratoires, que cette injection se transmet par l'intermédiaire de la trompe, et que le plus souvent dans le jeune âge ces états infectieux mal définis avec symptômes cérébraux ou pulmonaires ne sont que la conséquence d'une pyémie lente, due à la rétention du pus, qui tue un grand nombre d'enfants.

D'un autre côté le diagnostic direct des lésions n'est pas impossible. Il faudra d'abord débarrasser par le conduit la membrane du tympan de l'épaisse couche épidermique qui la recouvre. Elle apparaîtra alors rouge et infiltrée, sa moitié postérieure bombant en dehors, et le manche du marteau étant invisible.

Dans les cas douteux, la myringotomie et la perforation exploratrice de l'antre sont indiquées.

La douche d'air ne doit servir que pour confirmer le diagnostic. On ne devra pas pratiquer d'injections à cause des déhiscences possibles à cet âge et le pansement devra toujours être fait avec la gaze antiseptique.

Mais il ne suffit pas de guérir, il faut surtout prévenir. Aussi l'auteur recommande l'usage de moyens prophylactiques simples pour obtenir la désinfection des cavités naso-pharyngiennes chez les enfants des crèches, surtout en temps d'épidémie d'influenza.

Ces moyens sont les insufflations répétées de poudres antiseptiques à base d'acide borique, d'aristol, d'europhène, etc., faites dans les fosses nasales pendant le jour, et l'application d'un lé-

ger tampon de ouate stérilisée à l'entrée du nez pendant la nuit sans toutefois gêner la respiration.

L'oreille externe et le conduit auditif doivent être aussi l'objet de soins hygiéniques analogues.

Telles sont en résumé les idées émises dans cet important travail, confirmées par les faits. Il est à regretter que les traités généraux de pathologie publiés jusqu'à ce jour continuent à les passer entièrement sous silence.

H. DU F.

Le double massage et son action dans les maladies de l'oreille moyenne, par le Dr A. ILJISCH (*Archiv f. Ohrenheilk.*, vol. XLII, n° 3-4, juin 1897).

On sait que Jankau a inventé un appareil qui permet à la fois d'envoyer de l'air dans la trompe, comme avec le cathéter, et de raréfier l'air de l'oreille externe, comme avec les différents masseurs. Il consiste essentiellement en un petit ballon muni de deux prolongements de caoutchouc dont l'un s'adapte à un cathéter et dont l'autre, muni d'un embout, obture le conduit auditif. Pour obtenir un effet de massage sur la trompe, comme celui qui a été préconisé par Laker, il faut faire de 200 à 300 mouvements de pression sur la poire en une à deux minutes, ce qui demande une certaine habitude car la fatigue survient rapidement.

Iljisch a employé ce procédé chez cinquante malades représentant 91 cas différents de maladie de l'oreille : 2 cas de catarrhe subaigu de la trompe, 5 cas de catarrhe chronique de la trompe, 23 cas de catarrhe chronique de la trompe et de la caisse, 12 cas de catarrhe chronique de la caisse avec participation du labyrinthe, 20 cas de sclérose, 11 cas consécutifs à un catarrhe purulent et 16 cas d'affections labyrinthiques.

L'auteur dit avoir obtenu des résultats bien supérieurs à ceux que donne le cathétérisme, soit seul, soit associé au massage classique. L'action est beaucoup plus énergique et le résultat favorable obtenu persiste beaucoup plus longtemps. Même dans les cas d'affections labyrinthiques, si on n'obtient pas d'amélioration de l'audition on observe une diminution des bruits subjectifs très appréciable. L'auteur reconnaît surtout à ce procédé l'avantage de déterminer un véritable massage, non seulement de la trompe, mais de toute la caisse et de son contenu. Et ce massage a sur celui de Laker l'avantage de se faire par de petits courants d'air à action faible, mais persistante et non irritante.

M. LS.

Quelques cas de mastoïdite, avec remarques, par Mc. AULIFFE (*The therap. gazette*, juin 1897).

Trois cas dont l'un chez un enfant de 5 mois. L'auteur insiste surtout sur la difficulté qu'il y a parfois à se décider à opérer. L'enfant de 5 mois riait, se nourrissait bien et sauf l'écoulement et la température paraissait bien portant jusqu'au jour de l'opération où il ne voulut pas s'alimenter et resta immobile. La carie était très étendue et l'on dut enlever un fragment de la portion squameuse, du diamètre d'un quart de dollar. D'autres cas paraissent absolument urgents et l'opération ne fait pas trouver de pus.

M. LS.

Thrombose de plusieurs sinus et de la veine jugulaire par lésion du sinus latéral. — Guérison, par R. HOFFMANN (*Arch. of otology*, t. xxvi, n° 2, 1897).

Observation d'une femme de 40 ans atteinte d'une otite grippale à gauche, qui ne put être guérie par des paracentèses répétées, des applications de glace et de sangsues. Une trépanation de l'apophyse ayant été décidé, il arriva qu'on ouvrit le sinus en grattant une granulation en haut et en arrière de l'antre : l'hémorrhagie fut facilement arrêtée par le tamponnement.

Le lendemain au lieu d'être soulagée, la malade accusait des douleurs aussi vives et bientôt apparurent progressivement des symptômes cérébraux : pouls irrégulier variant de 140 à 150, puis pouls lent permanent, vertiges, nausées, somnolence, délire, paralysie faciale du côté opposé, névrite optique, en même temps que thrombose de la jugulaire interne.

Croyant à un abcès cérébral, on fit une trépanation mais sans rien découvrir autre qu'un thrombus dans le sinus transverse et la veine jugulaire. L'œdème des paupières à droite et la névrite optique permettent de supposer la thrombose du sinus caveux droit. — Guérison.

L'auteur discute longtemps les causes de la paralysie faciale sans arriver à une opinion satisfaisante ; il est vrai qu'il ne tient pas compte dans cette discussion de la parésie du bras droit qu'il signale dans l'observation.

M. LS.

Un cas de pyémie otique guérie par l'excision de la veine jugulaire interne, par EULENSTEIN (*Arch. of otology*, t. XXVI, n° 2, 1897).

Si l'on s'en rapporte aux chiffres de Körner dans sa deuxième

édition, sur 79 cas d'opération pour la thrombose du sinus, la jugulaire interne a été liée 41 fois. Sur ces 41 cas, il en existe 4 où des portions plus ou moins considérables de la veine furent excisées, avec deux guérisons et deux morts.

Le cas d'Eulenstein concerne un homme de 23 ans, vigoureux, ayant une otorrhée depuis l'enfance. Le malade avait de violents maux de tête, se sentait faible, avait des frissons et une température de 41°3 : l'écoulement avait presque entièrement cessé. A l'ouverture cholestéatome étendu, abcès périsinusien. Le sinus est décoloré, couvert de granulations et se rupture pendant l'opération donnant issue à une forte quantité de pus. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Les trois jours suivants, la température se maintient élevée, les frissons se répètent et durent jusqu'à vingt-quatre minutes; expectoration sanglante sans qu'on trouve rien dans la poitrine. Un peu de jaunisse. Bien qu'on ne sente ni corde ni gonflement au cou, la ligature de la jugulaire interne paraît la seule chance.

En mettant la veine à nu vers le bord supérieur du cartilage thyroïde, on constate qu'elle a un aspect blanchâtre, qu'elle est molle, sans périphlébite. Après l'application de deux ligatures, le vaisseau est coupé et contient un thrombus. L'ouverture est alors agrandie et la veine enlevée, entre deux ligatures, depuis le point indiqué plus haut jusqu'à l'endroit le plus rapproché où elle se jette dans l'innominée. — Les cultures du caillot y montrèrent la prédominance des streptocoques.

Les frissons continuèrent encore six jours : un abcès de la joue s'ouvrit spontanément dans la bouche et deux autres abcès durent être ouverts dans la paupière et à l'angle de la mâchoire.

La guérison se produisit alors rapidement, de sorte que trois mois plus tard le malade avait repris ses occupations. M. L.S.

Un nouveau traitement de la surdité par les ferments digestifs,
par COHEN-KYSER (*Arch. of otol.* t. XXVI, n° 2, 1897).

Aussi bien dans l'otite catarrhale chronique (sclérose) que dans les processus adhésifs consécutifs aux inflammations suppuratives de la caisse, l'auteur recommande son nouveau traitement qui consiste dans l'introduction dans la caisse de solutions de ferments susceptibles de dissoudre l'albumine. Il a fait des expériences pendant 4 ans.

Il expérimenta d'abord la papayotine, puis finalement s'arrêta à la préparation de pepsine du suc gastrique de chien à la diète carnée préparée selon les indications de Klug, de Budapest (*Pflüger's Archiv*, 1895, t. LX). Il a employé une solution de pepsine de chien à 1 pour 10,000, chimiquement pure et filtrée avec le filtre à microbes ; l'acide chlorhydrique était ajouté dans la proportion de 0,15 %.

Ayant décidé de prime abord de ne pas faire d'injection par la trompe d'Eustache, il fit sur 150 cadavres des injections de gélatine pour déterminer le point où l'injection devait être faite à travers la membrane tympanique. Pour atteindre la fenêtre ovale, il conseille de faire l'injection, qui doit être tiède, en haut et en arrière du manche du marteau et, si on la voit, entre la longue branche de l'enclume et le bord tympanal.

La quantité à injecter varie de deux à trois décigrammes ; après l'injection le malade doit rester la tête penchée pendant environ une heure. La douleur est assez vive et il importe de réussir l'injection du premier coup. Pour éviter toute irritation excessive il ne faut pas la renouveler avant plusieurs mois. — S'il existe une large perforation on se contentera de verser quelques gouttes de liquide à son niveau.

L'auteur estime que tout l'effet utile est obtenu au bout d'une demi-heure à une heure. Dans les cas les meilleurs l'injection ne donne qu'un peu de rougeur de la membrane ; parfois un peu d'écoulement séreux, surtout avec la papayotine. Le résultat est à la fois subjectif (disparition ou diminution des bruits) et objectif ; l'amélioration est d'ailleurs irrégulière comme apparition : parfois elle existe dès le lendemain, le plus souvent au bout d'une semaine, exceptionnellement plus tard. Parfois enfin il y a une diminution qui dure une semaine, mais n'assombrit pas le pronostic favorable.

Le traitement ne doit être essayé que si la voix chuchotée est encore perçue près de l'oreille et après que le traitement par le cathéter s'est montré inutile. — Il faut laisser de côté les cas dans lesquels il s'agit de sclérose proprement dite et ne traiter que les cas de catarrhe hypertrophique et de catarrhe chronique simple, ainsi que les cas consécutifs aux suppurations. Sur 150 cas traités dont 80 avec la solution de pepsine, il y eut une amélioration dans les 2/3 des cas. L'amélioration était en général du double ou du triple pour la distance de la voix murmurée. Il ne semble pas d'ailleurs, d'après les observations faites par l'auteur lui-même pendant une période de deux et trois ans, que l'amélio-

ration soit toujours permanente. Dans quelques cas l'audition resta stationnaire, dans d'autres elle baissa peu à peu : parfois enfin l'amélioration fut partiellement ou complètement perdue.

L'auteur termine en disant que le procédé en est toujours à la phase expérimentale et que si on peut promettre le succès dans certains cas avec quelque chance de réussite, il est préférable toutefois de réserver le pronostic.

M. L.S.

Septico-pyohémie d'origine otitique. Trépanation de l'antre et du sinus latéral. Ligature de la jugulaire, par VILLARD (*Société des sciences méd. de Lyon et Province méd.*, 20 mars 97).

Cas intéressant où le diagnostic de phlébite du sinus a été fait aussitôt après l'entrée du malade. L'intervention a porté sur la mastoïde et le sinus latéral dont la paroi a été ouverte sur une étendue de trois centimètres, ainsi que sur la jugulaire qui était malheureusement thrombosée jusqu'au-dessous de son entrée dans le thorax.

Mort au bout de sept jours d'une pneumonie septique.

L'auteur insiste sur la difficulté du diagnostic ; il croit qu'il faudra attacher la plus grande importance à l'intensité des phénomènes de septicémie et à la disproportion manifeste qui existe entre l'absence de phénomènes nets du côté de la mastoïde et la gravité de l'état général. La dilatation des veines de la face, l'exophtalmie, la turgescence des veines rétinienne auraient une très grande valeur comme indices d'une altération de la jugulaire interne. — Quant aux renseignements fournis par la palpation du cou et notamment par la sensation de cordon de la jugulaire, Villard croit cette sensation erronée en rapport avec un certain degré de contracture réflexe du sterno-mastoidien.

R. ÉTIÉVANT.

Hypéresthésie auditive chez un étheromane, par GELLÉ (*Bulletin de la Société de biologie*, 1897, p. 183).

G. cite l'observation curieuse d'un homme de 65 ans qui, pour se soulager de douleurs viscérales, s'adonna à l'usage des inhalations d'éther de plus en plus fortes.

Sous cette influence, la sensibilité auditive devint extrême et fut douloureuse ; la lecture et la conversation déterminaient de véritables paroxysmes et une véritable commotion dans la tête et arrivèrent ensuite l'insomnie et des hallucinations auditives.

L'auteur cite ce cas comme très peu connu, à la suite d'intoxication par l'éther.

A. G.

Des soins que l'on doit apporter à l'oreille des enfants, par E. OLIVER BELT (*Journal of ophthalm. otol., etc.*, avril 1896).

L'auteur fait remarquer très justement que certaines questions, jugées peu dignes d'intérêt, sont souvent aussi et même plus importantes que celles qui passionnent le public.

On ne négligera rien pour empêcher l'importation du choléra, alors que l'on restera indifférent vis-à-vis de maladies dont nous entendons parler chaque jour et qui sont presque aussi meurtrières.

C'est ce qui arrive pour les affections de l'organe auditif si fréquentes dans l'enfance.

Chaque année, plus de quatre mille enfants meurent aux Etats-Unis de complications cérébrales dues à la suppuration de l'oreille moyenne.

Un grand nombre d'entre eux pourraient être guéris.

L'auteur montre qu'il en est de même pour la surdi-mutité. Le nombre des sourds-muets y est d'environ cinq mille, ce qui donne une proportion de 8,33 pour dix mille habitants.

En consultant la statistique internationale publiée en 1879, par G. Mayr, on voit que les Etats-Unis viendraient sur la liste immédiatement après l'Italie.

La surdi-mutité y est plus fréquente qu'en France où la proportion de sourds-muets pour dix mille habitants n'est que de 6,26.

Le Dr Belt estime que les cas de surdi-mutité congénitale sont aussi nombreux que ceux de surdi-mutité acquise. Nous pensons que cette affirmation n'est pas conforme à la réalité.

Ceux qui, comme nous, se sont occupés de cette question savent que dans la grande majorité des cas la surdi-mutité est acquise

H. DU F.

II. — NEZ ET SINUS

Abcès de la cloison du nez, par Y. ARSLAN (*Bollett. delle malatt. dell'orecch., etc.*, novembre 1896, n° 11).

L'étiologie des abcès du septum est encore controversée ; c'est pour cette raison que l'auteur a publié ce travail.

Il commence par donner la relation de huit observations personnelles.

Dans aucun de ces cas la cause de l'abcès ne peut être ratta-

chée à un traumatisme. Or, d'après la plupart des auteurs, le traumatisme en serait le facteur étiologique de beaucoup le plus fréquent.

Au point de vue anatomique la partie antérieure du septum constitue un *locus minoris resistentiae*.

Sur le cartilage quadrangulaire, la pituitaire est mince et peu adhérente; les vaisseaux, souvent nombreux et dilatés, y sont exposés à l'action des divers agents extérieurs et des microbes.

Etant donnée la fréquence des épistaxis on comprend la facilité de l'infection, car la virulence des micro-organismes, que l'on suppose atténuée à l'état normal par l'action du mucus nasal, peut, à un moment donné, être exaltée par une cause ou par une autre.

Chez les huit malades, que l'auteur a examinés, il n'y avait pas eu de traumatisme.

Les altérations pathologiques observées ont été :

« Déviation de la cloison. — Hypertrophie du cornet inférieur.
« — Empyème du sinus maxillaire avec rhinite purulente caséiforme consécutive. — Végétations adénoïdes. — Catarrhe chronique du naso-pharynx ».

Ces lésions ont pu tout au moins contribuer à favoriser le développement des germes infectieux venus du dehors.

Dans aucun cas l'auteur n'a remarqué la luxation du septum sur le vomer signalée dans les observations d'abcès dû au traumatisme.

Il a noté deux fois une perforation de la cloison survenue à la suite de l'abcès.

Il pense que cette légère complication pourrait du reste être évitée par un traitement chirurgical appliqué le plus tôt possible surtout quand il existe un hématome. Il en est de même pour les déformations.

En résumé, tout en reconnaissant l'importance des traumatismes sur la genèse des abcès du septum, l'auteur est convaincu qu'ils peuvent survenir souvent, et peut-être même le plus souvent, du fait seul de l'infection.

H. DU F.

Sur la présence constante du bacille diphthéritique dans l'ozène,
par A. DE SIMONI (*Bollet. delle malatt. dell'orecch.*, etc., août 1896, n° 8).

L'auteur a examiné 25 cas d'ozène au point de vue bactériologique. Voici les résultats qu'il a obtenus.

1° Dans les sécrétions, il a rencontré constamment le bacille de Belfanti associé au diplocoque de Löwenberg.

2° Dans la muqueuse, il a également trouvé constamment le bacille de Belfanti, mais, dans aucun cas, il n'a pu constater le diplocoque de Löwenberg.

Il estime, toutefois, que dans l'état actuel de cette question des recherches nouvelles sont nécessaires pour préciser le rôle pathogénique qu'il convient d'attribuer à chacun de ces deux microbes.

H. DU F.

La sérothérapie peut-elle résoudre le problème de la cure radicale de l'ozène ? par V. COZZOLINO (*Bollettino delle mall. dell'orecch.*, décembre 1896, n° 12).

L'auteur ne partage pas l'opinion des Drs Belfanti et Della Vedova sur la curabilité de l'ozène par la sérothérapie antidiphthérique.

Déjà en 1894, dans un travail sur cette affection, il avait proposé de substituer au nom « Ozène » celui de *Kératose dégénérative fétido-saprophytique*.

L'ozène vrai, que l'on rencontre beaucoup plus rarement qu'on ne croit, n'est ni une rhinite, ni une sinusite, ni une de leurs conséquences. C'est une *scrofulide* qui débute dans l'enfance, alors que les tissus embryonnaires sont prédominants, et qui produit une dégénérescence graisseuse profonde de l'épithélium et des glandes acineuses de la muqueuse nasale, avec formation d'acides gras volatils très fétides.

Ne concevoir l'ozène que comme le résultat d'un processus infectieux, c'est méconnaître les lois de la pathologie générale.

On ne devrait pas, en effet, oublier que le développement des microbes est fonction du terrain.

Si le terrain est favorable, rien de plus naturel que d'y voir pulluler divers micro-organismes dont la genèse n'est pas la cause de la maladie mais bien l'effet.

En ce qui concerne l'ozène, le substratum pathologique qui permet la culture des microbes c'est la lésion dystrophique, *sui generis*, de la muqueuse.

C'est donc une illusion de vouloir faire le diagnostic de l'ozène par le seul examen bactériologique.

Comme conséquence thérapeutique, le traitement antiseptique quel qu'il soit ne remplit que l'indication la moins importante.

L'action du sérum antidiphthérique prouve seulement que ce sérum peut exercer une influence favorable momentanée sur les phlogoses communes aux muqueuses des premières voies respiratoires dont les ozéneux ne sont pas exempts. Il donne l'apparence d'une guérison qui n'est qu'une cure olfactive passagère appréciable par les personnes qui entourent l'ozéneux.

Pour obtenir une cure radicale réellement durable il faut d'abord et surtout modifier le terrain.

Dans ce but l'auteur enlève au moyen de la curette toutes les parties malades de la muqueuse. Il fait suivre ce raclage indispensable d'un pansement par occlusion anti-septique sèche de la fosse nasale.

Il obtient ainsi un tissu de réparation exempt de toutes traces de tissu ozéneux et désormais incapable de donner naissance à des produits épithéliaux susceptibles d'engendrer des acides gras volatils.

L'auteur compare cette méthode à la méthode sclérogène du Dr Lannelongue avec cette différence que la curette y remplace les substances pharmaceutiques.

En résumé, d'après le Dr Cozzolino, l'ozène est une *scrofulide* caractérisée par une *dystrophie spéciale des éléments muqueux*, avec formation d'acides gras volatils fétides. Sur ce terrain, divers microbes peuvent croître indéfiniment.

La cure radicale ne peut donc être obtenue qu'en modifiant ce terrain et pour cela il faut faire disparaître les parties malades.

Tout traitement qui n'agira que sur les micro-organismes sans supprimer les lésions muqueuses ne peut donner que des résultats passagers, illusoires parce qu'il ne s'adresse qu'à l'effet et non à la cause véritable de l'ozène.

H. DU F.

Des relations de l'ozène avec les végétations adénoïdes, par R. KAYSER (Wien. klin. Rundschau, 1897, n° 3).

On a essayé d'établir un rapport de cause à effet entre l'ozène et les végétations adénoïdes et cela dans les deux sens ; l'auteur, au contraire, conclut de ses nombreuses observations que ces deux affections s'excluent réciproquement ; sur vingt-neuf enfants atteints d'ozène il ne fut pas possible de trouver trace de tissu adénoïde ; chez vingt-trois d'entre eux il y a atrophie de ce tissu visiblement ; c'est ce que soutient aussi Chestakov qui a fait observer que les amygdales palatines sont aussi en général très petites chez les ozéneux. L'auteur ne pense pas que l'ozène

soit la cause ni la conséquence de cette atrophie ; il s'agirait de deux affections qui atteignent des individus de types crânien et nasal différents ; les adénoïdiens sont dolicocéphales et leptorrhiniens, tandis que les ozéneux sont brachicéphales et platirrhiniens ; c'est pour cela probablement que l'ozène est plus fréquemment observé chez les femmes et les végétations chez les enfants et chez les hommes.

M. N. W.

Etude clinique et anatomopathologique des végétations adénoïdes,
par M. BRIDE (*Edinburgh med. journ.*, 1897, avril, mai et juin).

L'étude est basée sur l'observation de 600 cas de végétations adénoïdes chez des sujets de 18 mois à 50 ans ; au point de vue étiologique il ne se dégage aucune donnée nouvelle ; l'anatomie pathologique a été étudiée sur les végétations de cent patients et l'auteur fait observer, avant d'entrer dans les détails histologiques, que la glande de Luschka doit être considérée comme un ganglion duquel partent des vaisseaux lymphatiques vers les plus proches ganglions cervicaux ; ce ganglion pharyngé diffère des autres par son revêtement épithélial, dont les prolongements tapissent les cryptes. A l'état d'hypertrophie pathologique l'épithélium cilié peut se transformer en épithélium stratifié plus ou moins épais, ce qui est dû à la pression ; aussi ce changement survient-il en particulier dans le naso-pharynx étroit des jeunes sujets ; les cils peuvent être détruits sur des espaces plus ou moins vastes, le tissu fibreux s'hypertrophie et tend à envahir le ganglion en partant de la gaine des vaisseaux sanguins ; ce processus scléreux est indépendant de l'âge du sujet et se voit aussi bien chez les tout jeunes enfants. — Dans trois cas les végétations présentaient des altérations de nature tuberculeuse, avec infection consécutive des ganglions cervicaux, l'auteur cite les observations et les examens histologiques (avec figures) de ces cas, dans lesquels il n'a pourtant pas réussi à trouver le bacille de Koch. — De nombreux microcoques, quelquefois des bacilles courts, une fois le leptothrix ont été trouvés non seulement à la surface des végétations, mais aussi dans les cryptes.

Les symptômes classiques des végétations adénoïdes sont bien connus, mais il y a des cas où ce ne sont pas eux qui attirent l'attention ; ainsi l'auteur a soigné un enfant de quinze mois, gai et heureux de jour, mais souffrant d'une insomnie rebelle, se réveillant avec un cri après une demi-heure à peine de repos ; il se plaignait aussi un peu des oreilles d'une manière intermit-

tente ; l'ablation des végétations fortement hypertrophiées lui rendit le sommeil. L'incontinence nocturne d'urine est certainement parfois en relation avec l'obstruction du pharynx, probablement à cause de l'asphyxie partielle, peut être par l'intermédiaire des terreurs nocturnes. Dans d'autres cas ce qui frappe l'entourage des enfants ce sont les bruits désagréables qu'ils émettent en mangeant et qui sont évidemment produits par l'accumulation de mucosités dans les conduits aériens obstrués. — Dans quelques cas la fétidité de l'haleine se lie à l'hypertrophie des tissus adénoïdes. — Chez un garçon de 13 ans l'auteur a observé une inflammation folliculaire aiguë de la glande de Luschka, absolument analogue à l'amygdalite ordinaire.

L'ouïe a été trouvée plus ou moins endommagée dans 304 cas sur 500, le plus souvent par obstruction de la trompe d'Eustache ; souvent aussi l'oreille moyenne était atteinte de suppuration.

Le diagnostic est établi, même chez les jeunes enfants, par la rhinoscopie postérieure, mais l'exploration digitale est encore plus sûre.

L'ablation des végétations, seul mode de traitement efficace, remédie soit immédiatement, soit plus ou moins lentement aux troubles provoqués par leur présence dans les fonctions respiratoires, le développement général, l'ouïe ; dans un nombre considérable de cas les ganglions cervicaux hypertrophiés diminuent après la suppression des végétations, parfois même très rapidement.

Chez l'enfant l'auteur préfère l'anesthésie générale par le chloroforme qui permet de procéder un peu plus lentement, de bien nettoyer le naso-pharynx à l'aide de la curette après avoir enlevé la masse principale avec la pince ; l'auteur n'ordonne aucun traitement post-opératoire, les lavages, les insufflations, l'action de se moucher énergiquement peuvent causer l'infection de l'oreille moyenne.

M. N. W.

De la rhinite purulente en rapport avec l'empyème du sinus ethmoïdal et du sinus sphénoïdal, par J. R. WINSLOW (*Presbyterian eye ear and throat Charity Hospital Reports*, janvier 1896).

Dans ce travail l'auteur décrit les symptômes et le traitement des sinusites ethmoïdales et sphénoïdales. Nous ne voulons en retenir ici qu'un seul point relatif à l'origine des polypes muqueux du nez.

Le Dr Winslow s'appuie sur l'autorité de Grünwald (de Munich) qui conclut (dans son étude intitulée : *Die Lehre von den*

Naseneiterungen) en disant : « que les polypes du nez sont presque toujours en relation avec l'empyème des sinus, et que « cet empyème est la cause de leur développement ».

Nous devons faire remarquer que cette opinion a déjà été formulée longtemps avant Grünwald.

Nous ne pouvons que renvoyer le lecteur au travail de Bayer, paru en 1889 : (Contribution à l'étude et au traitement de l'empyème de l'autre d'Higmore — in *Revue de laryng. rhin. et otol.*, 1^{er} et 15 janvier 1889), et à la Thèse du Dr Beaumont. (Des polypes muqueux du nez — Thèse Paris, 1895).

Du reste, cette question est encore controversée et demande à être approfondie afin d'en éclaircir les points douteux.

H. DU F.

Contribution à la chirurgie des sinus frontaux, par MARGARUCCI (de Rome) (*Archivio italiano di otol. rin Laring...* n° 4 1896).

A la clinique du Prof. Durante (de Rome) l'auteur a rencontré 4 cas intéressants de maladies des sinus frontaux, dont il donne les observations détaillées que nous ne pouvons que résumer ici.

OBSERVATION I. — *Nécrose de la paroi antérieure du sinus frontal gauche, suite de sinusite purulente.* — Homme de 23 ans. — Il y a 3 ans, après un bain de mer, a commencé à ressentir au niveau de la glabelle une douleur intense s'irradiant à tout le front et à la moitié gauche de la tête, avec fièvre et attaques convulsives.

En même temps est apparue une tuméfaction diffuse au-dessus du bord interne de l'œil gauche. Celle-ci fut d'abord incisée et il s'en écoula une petite quantité de pus.

Quelque temps après, la suppuration persistant, on fit un grattage de la portion osseuse dénudée, mais qui n'amena pas la guérison.

Dans ces conditions, l'auteur pratiqua l'opération suivante :

Chloroformisation, — incision angulaire dont un côté correspond à l'ancienne incision et l'autre suit une ligne parallèle et supérieure au rebord arbitraire. — On trouve un séquestre dont les dimensions sont égales à celles d'une pièce de un centime. — Ablation. — Ouverture du sinus et grattage.

Quinze jours après, la suppuration n'ayant pas cessé, nouveau grattage et cautérisation au thermo-cautère. — Le tissu osseux est éburné. — Une large voie de communication entre le sinus et la fosse nasale est ensuite pratiquée, à travers laquelle on place une sonde de Nélaton.

Quatre mois après, le malade sort de la clinique presque guéri. Le Dr Durante a pu constater plus tard la guérison complète.

L'auteur pense qu'il s'agit dans ce cas d'une affection tuberculeuse.

OBSERVATION II. — *Hydropisie du sinus frontal gauche.* — Femme de 58 ans, ayant eu pendant 3 ans des accès de fièvre intermittente et trois atteintes de broncho-pneumonie.

Onze ans auparavant, une petite tumeur grosse comme une tête d'épingle est survenue à l'angle interne de l'œil gauche.

Actuellement elle a acquis le volume d'une noisette et s'étend de la commissure palpébrale à la racine du nez. Elle est de consistance dure et seulement fluctuante à sa partie inféro-externe.

Opération. — Incision demi-circulaire — ouverture d'une cavité à paroi osseuse communiquant largement avec le sinus et d'où s'écoule une certaine quantité de mucus jaune pâle et filant. — Curettage du sinus.

Le lendemain la malade est prise de broncho-pneumonie qui amène la mort au bout du troisième jour.

Il s'agissait bien dans ce cas d'une hydropisie du sinus. L'auteur ne voit aucune relation entre l'acte opératoire pratiqué selon toutes les règles de l'antisepsie et l'affection pulmonaire consécutive.

OBSERVATION III. — *Collection liquide dans la moitié supérieure de l'orbite du côté gauche, consécutive à une perforation du sinus frontal atteint d'hydropisie.* — Homme âgé de 30 ans, atteint de fièvre paludéenne à 14 ans. — A cette époque a remarqué que l'œil gauche était plus saillant que le droit — actuellement le globe oculaire dépasse le rebord arbitaire — hyperémie de la conjonctive.

En enfonçant l'extrémité de l'index entre la paupière supérieure et le bord sus-orbitaire, on sent un corps dur sur presque toute son étendue et seulement fluctuant à son extrême limite postérieure, s'étendant jusqu'à l'angle interne de l'œil.

Opération. — Incision curviligne; ouverture de la tumeur; écoulement d'une grande quantité de liquide jaune pâle et filant, — La partie dure de cette tumeur est constituée par une coque osseuse de 2 millimètres d'épaisseur; ouverture du sinus; curetage.

Le malade sort de la clinique à peu près guéri, au bout de quinze jours.

OBSERVATION IV. — *Ostéome développé dans le sinus frontal droit*

sur sa paroi inférieure. — Homme âgé de 21 ans, atteint depuis deux ans de gonflement de la paupière supérieure droite avec exophtalmie et troubles de la vision.

L'examen de la région permet de constater la présence d'une tumeur irrégulièrement conique, très dure, siégeant sous la paupière supérieure et faisant corps avec la partie antérieure de la voûte orbitaire.

Cette tumeur fut enlevée ; le sinus était rempli de liquide. — Guérison.

H. DU F.

III. — BOUCHE ET PHARYNX

Une forme particulière de lupus érythémateux (taches d'algues marines rouges, par J. HUTCHINSON (*Edinburgh med. journ.*, 1897, p. 484.)

L'auteur a présenté, le 10 mars 1897, au Muséum Clinique une femme atteinte depuis au moins douze ans de cette forme peu commune de lupus, ressemblant absolument aux varicosités de la face des personnes à teint floride, à ces taches que l'on compare à des algues marines ; chez la malade présentée, ces taches s'étant réunies par leurs bords, couvraient toute la joue jusqu'aux oreilles ; par place, les taches avaient disparu en laissant la peau blanche, en réalité une surface cicatricielle très fine, à peine reconnaissable, de telle sorte qu'un examen attentif a seul permis de poser le diagnostic précisément en confirmant l'existence de cicatrices ; il n'y a jamais eu d'épaississement de la peau, ni de desquamation. La santé générale est bonne et la patiente ne s'est jamais inquiétée ni occupée de son affection cutanée.

M. N. W.

Un cas d'hypertrophie des gencives, par CHRISTOPHER HEATH (*Brit. med. journ.*, 1897, p. 1073).

Homme de 26 ans, atteint d'une hypertrophie énorme des deux gencives qui sont élargies, bosselées, les dents déplacées irrégulièrement sur plusieurs rangs, le palais paraissant fendu à cause du raphé enfoncé entre deux hypertrophies latérales, si bien que la bouche ouverte rappelle celle d'un hippopotame ou d'un rhinocéros.

L'hypertrophie a commencé à se manifester à l'âge de 22 ans, et elle a été à cette époque opérée sans que les dents, qui n'étaient pas déplacées, aient eu à souffrir ; le mal avait repris

son cours peu de mois plus tard ; l'auteur opéra le patient une seconde fois ; il fallut enlever, à la gencive supérieure, toutes les dents, sauf les canines et les bicuspides, après quoi les masses hypertrophiques furent excisées à l'aide de ciseaux et d'ostéotomes ; l'hémorrhagie abondante céda au thermocautère et au tamponnement des alvéoles ; quinze jours plus tard la même opération fut pratiquée sur la mâchoire inférieure. L'opéré a été revu deux mois après cette intervention dans un état tout à fait satisfaisant, sans récédive.

L'examen histologique apprit que la muqueuse était normale et la masse de la tumeur formée par du tissu fibreux ondulé et entrelacé avec des nids de cellules et de nombreux vaisseaux.

A propos de ce cas, l'auteur en rappelle quelques autres qu'il a vu antérieurement ; ainsi, il y a trente ans, il a vu une fillette de 2 ans et demi atteinte de ce genre d'hypertrophie, de même que ses frères âgés de 4 et de 5 ans, l'hypertrophie paraît avoir débuté avec l'éruption des dents.

Il y a vingt ans, deux autre cas furent opérés par l'auteur : une fillette de 4 ans et demi et un jeune homme de 26 ans ; ce dernier ne présentait d'hypertrophie que d'un côté de la mâchoire supérieure ; il guérit définitivement après l'opération ; au bout de vingt ans, la guérison s'était toujours maintenue. Deux figures accompagnent cette leçon clinique. M. N. W.

Quelques remarques à propos d'un crin de cheval dans le pharynx,
par J. M. E. SCATLIFF (*Edinb. med. journ.*, mai 1897, p. 532).

Un ouvrier tapissier vint consulter l'auteur en se plaignant d'avoir dans la gorge un corps étranger qui y était entré pendant qu'il travaillait ; l'auteur ne put rien découvrir malgré un examen minutieux pratiqué à plusieurs reprises ; peu de jours après le patient revint, débarrassé de la sensation de corps étranger et apportant un crin qu'il avait vu poindre sur le plancher de la bouche près du frein et qu'il avait réussi à extraire. Ce fait s'explique par la conformation des poils en général : l'épithélium est imbriqué en spirale, les crénelures dirigées vers l'extrémité libre ; il en résulte un mouvement de propulsion toujours dans le même sens, c'est-à-dire vers la racine aussitôt que le poil se trouve entre des surfaces en mouvements ; le fait est facile à vérifier en faisant glisser les doigts sur un cheveu tenu entre le pouce et l'index. Si le crin avait pénétré dans le pharynx, l'extrémité radiculaire en haut, il aurait été facilement expulsé ; si

son extrémité radriculaire, au contraire, touchait la paroi, les contractions musculaires ont pu faire pénétrer le poil dans les tissus et l'y faire progresser jusqu'à son expulsion. M. N. W.

Un cas de mycosis tonsillaire bénin, par WALKER DOWNIE (Glasgow. medico-chirurgical society, 12 fév. 1897, in *Glasgow medical journ.*, p. 370).

L'auteur présente les amygdales d'un garçon de 11 ans, traité durant plusieurs semaines pour une amygdalite lacunaire faussement diagnostiquée. Les taches blanches parsemaient les amygdales, et il y en avait quelques-unes sur les piliers postérieurs et sur la paroi pharyngée; il n'y avait pas la moindre trace d'inflammation et l'adhérence, la saillie des points blancs auraient dû faire éviter l'erreur d'autant plus que la santé générale était excellente; l'auteur a eu l'occasion d'étudier 4 autres cas de mycosis chez des sujets de 15, 19, 20 et 22 ans; dans un cas, cet état existait depuis trois ans; dans un autre depuis plusieurs mois; le diagnostic avait été: diphthérie. Les examens histologiques des amygdales hypertrophiées enlevées montrent des masses d'épithélium stratifié, kératinisé au milieu desquelles le tissu propre de l'amygdale disparaît.

M. N. W.

La diphthérie des nourrissons et la sérumthérapie, par G. RICHTER (*Wien. klin. Woch.*, 1897, p. 668).

Dans l'espace de deux ans, l'auteur a observé 31 cas de diphthérie à l'hospice des Enfants-trouvés de la Basse-Autriche; il s'agit d'enfants de 3, 4, 8 jours jusqu'à 10 mois et la plupart des cas étaient d'origine hospitalière; la désinfection des locaux n'ayant pas arrêté l'endémie, on eut recours aux injections préventives de sérum antidiphthérique; 1450 enfants furent soumis à ce traitement depuis mai 1896 jusqu'en mai 1897. On put établir ainsi que les injections de sérum se faisaient sans danger aucun chez les enfants âgés de quelques semaines et même de quelques jours seulement à la dose de 100 unités antitoxiques; cette dose leur confère l'immunité pour une durée de cinq à six semaines, au bout de quel temps on peut réitérer l'injection, et cela quatre à cinq fois. La diphthérie des nourrissons, tout en étant peu fréquente, n'est pas aussi exceptionnelle qu'on le croit lorsqu'on n'a pas recours à l'examen bactériologique; la maladie est, en général, primitivement nasale et toujours extrêmement grave, d'autant plus qu'elle frappe surtout des enfants chétifs ou malades.

M. N. W.

Angine et croup. Compte-rendu statistique des cas observés pendant les deux dernières années à l'hôpital Majeur de Vérone, par CORRADI et REGAZZI (*Archivio italiano di otol. rin. e laryng.*, n° 4, 1896).

Du 1^{er} juillet 1894 au 1^{er} juillet 1896, quarante-quatre malades (presque tous des enfants), ont été traités. Dans 23 cas, il s'agissait de diphthérie pure et dans les autres de formes à streptocoques, staphylocoques ou mixtes.

Ces 44 cas ont donné vingt-six guérisons et dix-huit morts.

On doit noter à ce sujet que souvent il s'agissait de cas très graves datant de plusieurs jours.

En 1892 et 1893, époque où la sérothérapie n'existait pas, sur 27 cas il y avait eu onze morts.

En 1890 et 1891, époque où l'intubation n'était pas pratiquée, la mortalité avait été de 72 %.

Les auteurs concluent en disant :

1° Bien que l'intubation ait eu le mérite de diminuer la mortalité, la sérothérapie a une action salutaire contre la diphthérie indiscutable. Si elle ne réussit pas au deuxième jour, quelle que soit la dose, la cause en est dans la nature septique du processus ;

2° La sérothérapie ne produit pas de complications. Elle fait même disparaître l'albuminurie dans certains cas ;

3° On ne doit pas attribuer les complications broncho-pulmonaires à l'intubation et la présence d'un tube n'a aucune action sur leur évolution.

4° Les auteurs se servent du tube d'O'Dwyer et ne coupent pas le fil quand le tube a été mis en place.

H. DU F.

Angine de Ludwig d'origine blennorrhagique, par T. BOBONE (*Bollet. delle malatt. dell'orecch.*, etc., août 1896, n° 8).

Dans cette observation il s'agit d'un homme de 28 ans, ayant été atteint d'urétrite blennorrhagique, qui semblait guérie, quand survint une rechute au cours de laquelle des phénomènes inflammatoires se manifestèrent dans les régions sous-maxillaires et sous-hyôïdienne, avec tous les symptômes de l'angine de Ludwig.

Le foyer purulent fut incisé sur la ligne médiane à deux reprises différentes, et le malade guérit grâce à un traitement antiseptique énergique.

L'étiologie de ce phlegmon ne peut être, dans ce cas, rattachée à des lésions de la bouche, des gencives ou des lèvres, ni à un refroidissement.

Comme antécédents pathologiques cet homme avait eu des accès de fièvre intermittente et l'influenza, mais il en était guéri depuis longtemps.

L'auteur est donc conduit par voie d'élimination à en attribuer la cause à la blennorrhagie. L'examen du pus ne permet pas cependant d'y constater la présence de gonocoques. Mais ce fait est arrivé plusieurs fois dans divers cas d'infection similaire.

Il s'agirait alors de métastase par injection générale ou, comme on l'a dit, par injection mixte. H. DU R.

Sur l'importance de l'examen microscopique pour le diagnostic de certaines formes ulcéreuses des affections du pharynx, par C. CORRADI (de Vérone) (*Archivio italiano di otol. rin. e laryng.*, n° 3, 1896).

L'intéressante observation qui fait l'objet de ce travail a trait à un homme de 66 ans qui présentait une vaste perte de substance à bords ulcérés, excavés, granuleux, couverts d'une abondante sécrétion brunâtre, très fétide, siégeant sur le côté gauche de la voûte palatine et s'étendant jusque sur la paroi postérieure du pharynx.

Les ganglions cervicaux, surtout le long du sterno-mastoidien, étaient infiltrés, indurés et augmentés de volume.

Au moment de l'examen le malade était dans un état de prostration générale avec pâleur jaunâtre des téguments.

Antécédents pathologiques. — Santé antérieure bonne ; à 25 ans, cet homme a contracté une maladie vénérienne, sur laquelle il ne peut donner que des renseignements vagues qui permettent de supposer seulement sa nature syphilitique. Marié à 32 ans, a eu cinq enfants sains et venus à terme ; il y a un an, a vu apparaître de petites ulcérations sur le palais, rapidement guéries par un traitement spécifique énergique.

Depuis sept semaines les lésions du palais se sont manifestées à nouveau et avec un caractère de gravité plus important que la première fois.

Dans ces conditions le diagnostic restait incertain, aussi l'auteur, tout en prescrivant une médication antisiphilitique, enleva un morceau des bords de l'ulcération et en fit faire l'examen microscopique.

D'après cet examen, il s'agissait d'un épithélioma typique.

Cependant le traitement spécifique ayant donné de bons résultats, fut continué.

Quelques semaines après, un nouvel examen au microscope confirma le diagnostic d'épithélioma. Malgré cette constatation, le traitement mercuriel fut poursuivi, et au bout de deux mois l'ulcération était guérie, laissant seulement une perte de substance sur la voûte palatine à laquelle on remédia par l'application d'un obturateur.

Il est donc évident que, dans ce cas, il ne saurait être question d'épithélioma.

L'auteur ne l'aurait pas publié, puisqu'il permet de supposer une erreur d'observation microscopique, si déjà Schutter (de Groningue), et Peel (d'Amsterdam), n'en avaient signalé de semblables.

Il pense, avec Ten Siethoff, que le diagnostic est souvent très difficile dans les régions où il existe un épithélium pavimenteux, dont la prolifération peut simuler la texture du carcinome. On sait, du reste, que cette confusion est aussi possible entre la luberculose laryngée et la pachydermie.

C'est pourquoi, dans les affections ulcéreuses de la bouche, de l'isthme du gosier, du pharynx et des parties adjacentes, il faut commencer par instituer un traitement antisyphilitique, quel que soit le résultat de l'examen microscopique, et cela avant toute intervention chirurgicale.

On objectera que ce traitement antisyphilitique est nuisible quand il s'agit d'épithélioma ; cela est vrai, mais on doit reconnaître qu'avec les méthodes actuelles, il suffit de peu de jours pour être fixé sur le diagnostic, et en réalité, si le cancer est opérable, la perte de temps sera bien minime, et s'il ne l'est pas, l'état du malade ne peut guère en souffrir. H. DU F.

IV. — LARYNX ET TRACHÉE

De l'hypoesthésie du larynx, par G. MASINI (*Bollettino delle malatt. dell orecchio*, etc. n° 6, 1896).

L'hypoesthésie du larynx est une affection encore peu étudiée. L'examen de la sensibilité de cet organe, tant à l'état normal qu'à l'état pathologique, n'a donné lieu qu'à de rares travaux.

Elsberg avait fait construire, d'après le principe de Weber, un esthésiomètre permettant d'explorer les sensibilités tactiles,

à la douleur, et réflexe de la muqueuse laryngée. L'auteur a modifié cet instrument et a fait de nouvelles recherches sur ce sujet.

Il en résulte que normalement la sensibilité est variable suivant la région. C'est ainsi qu'il a trouvé que la sensibilité au toucher, en représentant par 10 le degré maximum, que la sensibilité du vestibule serait de 8, celle des cordes et de la région ary-épiglottique de 5, et celle de l'épiglotte de 1.

Il n'a pu obtenir de résultats précis pour la sensibilité à la température.

Quant à la sensibilité, à la douleur il a trouvé :

Région intéryténoidienne.	très sensible
Epiglotte.	peu sensible

Enfin, pour la sensibilité réflexe, il a obtenu les résultats suivants :

Bord supérieur de l'épiglotte	peu sensible
Ligaments ary-épiglottiques.	très sensible
Région intéryténoidienne	excessivement sensible
Vestibule	sensibilité médiocre
Vraies cordes	sensibilité presque nulle
Région sous-glottique	très sensible

Il existe à l'état normal certaines variations individuelles.

L'auteur donne ensuite la relation d'une observation se rapportant à une jeune fille de 22 ans qui se plaignait de troubles de la déglutition. Il existait chez cette malade une hypoesthésie laryngée très nette sans troubles moteurs et que l'on doit considérer comme d'origine hystérique.

Cette affection fut notablement améliorée par les courants continus, le massage et l'hydrothérapie.

H. DU F.

Myxôme du larynx, par GHERARDO FERRERI (Rome) (*Archivio italiano di otol. rinol e laring.*, 4^e fascicule 1896).

L'auteur place en tête de son travail une bibliographie complète des diverses publications sur ce sujet.

Il faut remarquer que le myxome pur est une tumeur qui se rencontre très rarement dans le larynx. Les tumeurs mixtes (fibro-myxomes) sont plus fréquentes.

Après avoir résumé nos connaissances sur la pathogénie et la symptomatologie des myxomes il donne la relation de l'observation suivante :

Garçon de 13 ans, a eu à l'âge de 3 ans une maladie infectueuse indéterminée, à la suite de laquelle est survenue une parésie des extrémités inférieures qui persiste.

La voix a commencé à devenir rauque il y a deux ans — sans troubles respiratoires, ni toux. Depuis quatre mois l'aphonie est complète. De temps en temps le malade sent le besoin d'expulser quelque chose de son larynx.

Examen laryngoscopique. — Epiglote, bandes ventriculaires et cordes vocales normales. A l'inspiration, on voit au-dessous de la corde vocale gauche, au voisinage de la commissure antérieure, une tumeur du volume d'un haricot, lisse, blanc-rougeâtre, d'aspect gélatineux, très mobile, pédiculée, remontant par instants à travers l'espace glottique au-dessus des cordes vocales.

Diagnostic probable. — Myxôme.

Ablation avec la pince de Mackenzie.

Examen histologique. — Cette tumeur est constituée par un tissu d'aspect muqueux qui se compose d'éléments cellulaires de formes variées; les cellules à noyaux fusiformes prédominent; du protoplasma de ces éléments partent des prolongements très fixes, en général multiples, qui se perdent dans une substance intercellulaire abondante, homogène en certains points, finement striée dans d'autres endroits.

La substance intercellulaire est traversée par de nombreux vaisseaux sanguins à parois très tenues et dont quelques-uns ont un calibre notable. Les veines sont particulièrement abondantes. La tumeur est recouverte par un épithélium à plusieurs couches, cylindrique profondément et stratifié à la superficie.

Dans certaines parties de la tumeur, principalement vers la périphérie, on voit des foyers d'infiltration panicellulaire.

H. DU F.

Fibrome du larynx chez une femme enceinte. — Extirpation. —

Hémorragie grave. — Trachéotomie, par E. SCAFI (de Rome) (*Archivio italiano di otol., rin., laring.*, avril 1896, n° 2).

Cette observation a trait à une femme âgée de 32 ans, d'une robuste constitution, n'ayant jamais été sérieusement malade, et qui se trouvait enceinte pour la huitième fois.

Lors de sa septième grossesse, elle avait remarqué que vers le deuxième ou le troisième mois sa voix avait commencé à s'affaiblir, et, en même temps, la respiration était devenue difficile et de violents accès de toux s'étaient manifestés.

Quinze jours avant l'accouchement, elle était complètement aphone.

Cet état persiste ensuite pendant près de neuf mois, puis la voix revint peu à peu et reprit son caractère normal.

Mais dès le début de sa huitième grossesse, l'aphonie reparut ainsi que la gêne de la respiration.

Elle était enceinte de six mois lorsqu'elle vint consulter le Dr Scaff.

L'examen laryngoscopique montra la présence d'une tumeur rosée, lisse, dure, ayant le volume et la forme d'un haricot et implantée au-dessous de la corde vocale droite. On diagnostiqua un fibrôme.

Cette tumeur fut enlevée par les voies naturelles en deux séances.

Peu après la deuxième opération, il survint une hémorrhagie abondante qui ne put être arrêtée par la glace, l'ergotinine, l'eau de Pagliasi, le perchlorure de fer, etc.

Comme la malade commençait à perdre ses forces, que la respiration devenait très difficile et que l'état était grave, l'auteur ne pouvant se servir de l'intubation faute d'instruments, se décida à pratiquer la trachéotomie.

A peine la trachée fut elle ouverte que l'hémorrhagie cessa comme par enchantement. Les suites de cette opération furent simples et la guérison complète rapide.

L'examen microscopique de la tumeur démontra qu'il s'agissait d'un fibrome contenant de nombreux vaisseaux et recouvert d'une muqueuse épaisse très vasculaire.

Cette observation offre un intérêt tout spécial si on la rapproche de celle que publia le Dr Ferreri en 1893. Elle montre l'influence de la grossesse sur le développement de certaines tumeurs du larynx. De plus, trois faits remarquables sont ici à noter : la gravité de l'hémorrhagie, l'action hémostatique immédiate de la trachéotomie, l'innocuité de cette dernière sur la grossesse.

H. DU F.

Un cas de sténose du larynx avec fibromes(?) consécutive à une blessure faite avec un rasoir, par J. R. WINSLOW (*Journal of. ophth. otol.*, etc. avril 1896).

A la suite d'une altercation avec son amant une femme de 25 ans reçut un coup de rasoir qui produisit une plaie large et profonde au niveau du larynx. Non seulement les téguments

furent sectionnés, mais encore le cartilage thyroïde au-dessous des cordes vocales.

Deux mois après la cicatrisation, la respiration devint difficile et la dyspnée fut assez forte pour rendre le sommeil presque impossible.

L'examen du larynx montra l'existence d'un rétrécissement considérable au-dessous des cordes vocales, au centre duquel on put voir une petite tumeur mobile, grosse comme un bouton de bottine, et jouant le rôle de soupape.

L'auteur pratiqua la dilatation progressive au moyen des tubes de Schrötter.

Ce traitement fut appliqué pendant deux mois. A ce moment, la respiration était facile, le rétrécissement très dilaté et le volume de la tumeur avait considérablement diminué.

Cette malade fut revue dix mois après.

L'examen du larynx permet de constater que le rétrécissement était à peine notable et que la tumeur avait complètement disparu.

L'auteur pense que cette tumeur devait être un fibrome (?) développé sur le tissu cicatriciel qui avait produit la sténose.

H. DU F.

Guérison de l'aphonie à l'aide de diapasons, par E. N. MALIOUTINE
(*Médecinskoïe Obosrénéï*, avril 1897; in *Wratch*, p. 656).

La méthode de traitement de l'auteur consiste dans l'application contre la poitrine du malade d'un grand diapason au ton de la voix normale du malade, et à une ou deux octaves plus grave; l'application dure dix minutes au plus et agit probablement mécaniquement en provoquant des vibrations des cordes vocales. — Obs. I. Femme de 29 ans, aphone à la suite d'une brûlure causée par la déglutition d'ammoniaque; quinze jours plus tard le larynx était normal en apparence quant à la muqueuse; la glotte est ouverte, les cordes vocales dans la position de la paralysie des récurrents. La voix revient d'abord faible, pendant l'application du diapason seulement, et dans le même ton; au bout de trois jours elle commence à émettre des sons spontanément et la voix revient complètement, quoique rauque encore, au bout de huit jours. — Obs. II. Garçon de 9 ans, aphone à la suite d'une petite laryngite aiguë qui ne laisse pas pas de traces sur la muqueuse; paralysie des adducteurs. L'électrisation et le massage appliqués durant plus de deux mois res-

tent sans effet aucun ; le traitement par le diapason au contraire réussit parfaitement ; à la fin de la première semaine l'enfant arrivait à émettre quelques sons pendant l'application de l'instrument ; au bout de quinze jours il causait, au bout de six semaines il était guéri complètement ; on s'était servi du diapason si de diverses octaves. — Obs. III. Fillette de 13 ans, aphone à la suite d'une laryngite aiguë fébrile de courte durée ; l'auteur vit l'enfant deux mois plus tard ; la paralysie des adducteurs était absolue. Durant la première séance il fut impossible à l'enfant d'émettre aucun son, le diapason étant un *la*. Le lendemain elle put prononcer la voyelle « i » dans le ton du diapason, progressivement elle arriva à dire « e », puis « a et ou » toujours à l'unisson du diapason, au bout de quatre jours elle prononçait des syllabes et des mots, puis des phrases, mais toujours sur le même ton. On l'exerça alors à l'aide des diapasons *mi* et autres et petit à petit l'enfant est arrivée à causer et à lire.

L'auteur ajoute qu'en travaillant avec des chanteurs il a observé que des sons de poitrine sont émis lorsque le diapason est appliqué à la poitrine, tandis que la voix de tête vient plus facilement lorsque le diapason vibre au contact du crâne. M. N. W.

Guérison d'une fistule de la paroi antérieure de la trachée par F. KÖNIG. (*Berliner klinische Woch.* n° 51, p. 1129, 21 décembre 96).

L'occlusion des fistules trachéales, avec perte de substance du squelette cartilagineux, a déjà été tentée plusieurs fois par des chirurgiens et proposant de remplacer effectivement la perte de substance du squelette cartilagineux. Pour apprécier les résultats il importe de préciser que, au niveau même de l'ancienne perte de substance, la paroi trachéale est rigide, seul moyen d'éviter les dangers de suffocation par aspiration d'une paroi molle dans la lumière de la trachée. Schimmelbusch, en 1893, publia un cas de guérison d'une large perte de substance de la paroi trachéale, guérison obtenue par une ostéoplastie (le lambeau ayant été pris au niveau du sternum.) König a revu la malade, le lambeau osseux s'est bien maintenu et la respiration de la jeune fille, aujourd'hui âgée de dix sept ans, est complètement libre. Il n'y a qu'à se demander combien de temps la guérison persistera. König procéda de la même façon chez un enfant dont la trachée avait presque complètement disparue depuis le larynx jusqu'à la partie infé-

rière du cou. Dans un premier temps, il reconstitua la gouttière trachéale, et dans un second, il procéda à la résection de la paroi intérieure en suivant la technique de Schimmelbusch. L'opération a réussi, mais il persiste encore une fistule. Dans un troisième cas, publié par Photiadès et Lardy après l'échec d'une tentative d'occlusion par les parties molles d'une fistule de cinq centimètres de long, intéressant le cartilage cricoïde et la trachée, le succès fut obtenu par une ostéoplastie dans laquelle le lambeau fut emprunté à la clavicule.

Enfin, une toute autre méthode pour la guérison des fistules trachéales fut proposée et pratiquée par Küster : elle consiste en la résection de la partie malade de la trachée avec suture circulaire consécutive.

Toutes ces opérations s'appliquaient à de larges pertes de substance. Toutefois, il est bien certain que pour toute perte de substance grande ou petite, il reste vrai que l'occlusion à l'aide des parties molles reste illusoire en raison de l'aspiration de la partie non soutenue par un cartilage pendant l'inspiration. Aussi, si l'on veut procéder d'une façon logique, l'occlusion des petites pertes de substance doit-elle être réalisée avec un lambeau présentant de la résistance. Cependant, il est évident pour tout le monde que l'on doit s'abstenir, pour fermer une fistule trachéale de la grosseur d'un pois, de toutes les méthodes qui consistent à mobiliser un lambeau pris au niveau du sternum ou de la clavicule, aussi bien que de la résection circulaire de la trachée, ce est le point de vue auquel s'est placé l'auteur dans le cas dont il rapporte l'histoire.

P. T.

Sur une complication non encore observée du sclérome des voies aériennes supérieures, par ALEXANDER RITTER VON WEISMAYER (*Monats f. Ohrenheilkunde*, p. 477, no 11, novembre, 1896).

A l'autopsie d'un malade atteint de rhino-sclérome, en outre d'une tuberculose avancée des deux poumons avec cavernes et pneumo-thorax droit, en outre de sclérome du nez, du rétro-pharynx, du larynx et de la trachée, on trouva une ulcération de la paroi laryngée postérieure avec nécrose du cartilage cricoïde.

S'agissait-il d'un ulcère de décubitus ? on ne pouvait incriminer le cathétérisme pratiqué pendant la vie avec des bougies d'étain ; celles-ci avaient toujours été introduites facilement sans pression. Et d'ailleurs la dilatation appliquée à de nombreux malades n'a jamais eu cette conséquence.

Les ulcérations rhinoscléromateuses sont un processus tellement exceptionnel qu'on ne doit penser à ce diagnostic que lorsqu'aucune autre cause peut être invoquée.

Se trouvait-on en présence non de rhinosclérome, mais de syphilis : le malade avait bien eu à 18 ans une ulcération mais le traitement spécifique institué pendant un an n'avait donné aucun résultat ; l'ulcération n'avait en rien l'aspect d'une ulcération spécifique, et enfin, on n'avait constaté pendant la vie des bacilles du rhinosclérome.

On pouvait encore penser à une ulcération tuberculeuse développée sur des lésions scléromateuses. C'est ce que démontra l'examen microscopique.

La tuberculose pulmonaire est fréquente dans le rhinosclérome et pourtant la tuberculose laryngée ne semble pas y avoir été signalée. C'est sans doute que la muqueuse atteinte d'une sclérose conjonctive interne est un mauvais terrain de culture pour le bacille tuberculeux.

PAUL TISSIER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALLEMAGNE ET AUTRICHE-HONGRIE

Pharynx et Voies

Kocher. Rapport sur 1 000 excisions de goîtres (XXIV^e Congrès de la Soc. allem. de chir., Berlin, avril 1895).

T. Germonig. Rapport sur le traitement de 362 cas de diphthérie par le sérum de Behring à l'hôpital civil de Trieste (*Wiener klin. Woch.*, 23 mai 1895).

Heubner. Les résultats du traitement sérothérapique de la diphthérie (XIII^e Congrès de méd. int. tenu à Munich ; in *Centr. f. Inn. med.*, n^o 21, 1895).

J. Wolff. Uranostaphyloplastie (*Berl. med. Gesells.*, 15 mai ; in *Berl. klin. Woch.*, 27 mai 1895).

V. Bardeleben. Goitre (*Gesells. der Charité Aerzte*, 24 janvier ; in *Berl. klin. Woch.*, 3 juin 1895).

A. Caillé. Diphthérie et croup après l'amygdalotomie. Observation avec conseils sur la prophylaxie de ce genre de graves complications (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 18 juin 1895).

Simonovic. Antitoxine de Behring appliqué par l'auteur sur lui-même (*Wiener med. Presse*, n^o 6, 1895).

Wolfram. Etat actuel de la sérothérapie de la diphthérie (*Prager med. Woch.*, 27 juin 1895).

Krebs. Pharyngite (laryngite, trachéite) sèche ou atrophique (*Monats. f. Ohrenh.*, juin et juillet 1895).

C. Ziem. Un cas d'aphasie transitoire à la suite d'une diphthérie scarlatineuse (*Monats. f. Ohrenh.*, juin 1895).

E. Mendel. Sur le vertige (*Berl. klin. Woch.*, 1^{er} juillet 1895).

Gerber et Podack. Bacille diphthéritique et rhinite fibrineuse (*Deuts. Arch. f. klin. med.*, n° 54, p. 262).

Leichtenstern et Wendelstadt. Sérothérapie de la diphthérie (*Munch. med. Woch.*, 11 juin 1895).

C. Broem. Contribution à l'étude de la résection du pharynx (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 4, 1895).

T. Jeremitsch. Pharyngotomie sus-hyoïdienne (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 4, 1895).

E. Krueckmann. Sur les rapports de la tuberculose des ganglions lymphatiques avec celles des amygdales (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXVIII, 3).

Hirchgaesser. Ablation d'une lame de couteau longue de 7 centimètres et demi et large de 1 centimètre et demi ayant séjourné neuf ans dans le maxillaire supérieur (*Deuts. med. Woch.*, n° 1, 1895).

Koths. Du sérum anti-diphthéritique (*Therap. Monatsch.*, avril 1895).

Siegert. Traitement de la diphthérie à la clinique d'enfants de Strashourg, résultats de 1889 à 1894 (*Therap. Monatsch.*, mars 1895).

Janowski. Recherches sur la valeur comparée des sérums de Behring et de Roux (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 7 et 8).

R. Heller. Un cas d'herpès pharyngien (*Wiener klin. Woch.*, 25 juillet 1895).

W. Schleicher. Sur la galvano caustique (*Monats. f. Ohrenh.*, juillet 1895).

G. Smirnow. Sur le traitement de la diphthérie par des antitoxines obtenues artificiellement (*Berl. klin. Woch.*, 29 juillet 1895).

Siegel. Syphilis buccale (Stomatite épidémique, aphtes, etc.) (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 3, h. 1, u. 2, 1895).

E. Winckler. Curette pour les opérations sur l'amygdale linguale (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 3, h. 1, u. 2, 1895).

B. Fraenkel. Nomenclature anatomique (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 3, h. 1, u. 2, 1895).

R. Kayser. Rapport sur les malades soignés en 1893-94 à la Polyclinique privée pour les maladies de la gorge, du nez et de l'oreille, du Prof. Gottstein (*Monats. f. Ohrenh.*, août 1895).

H. Gutzmann. Sur les troubles de la parole produits par les anomalies palatines congénitales et leur guérison (*Berl. klin. Woch.*, 30 septembre 1895).

Engel-Bey. Les résultats obtenus par la sérothérapie au Caire (*Berl. klin. Woch.*, 16, 23 et 30 septembre 1895).

K. Müller. La sérothérapie de la diphthérie chez les malades de la Clinique chirurgicale de l'Université de Halle (*Berl. klin. Woch.*, 16 septembre 1895).

A. Baginski. La sérothérapie de la diphthérie à l'hôpital Infantile Empereur et Impératrice Frédéric à Berlin (*Berl. klin. Woch.*, 16 septembre 1895).

W. Knoepfelmacher. Quelques tentatives thérapeutiques d'alimentation thyroïdienne (*Wiener klin. Woch.*, 10 octobre 1895).

V. Ranke. Sur la sérothérapie (67 *Versamml., deuts. nat., u. Aerzte, Lubeck*, 18 septembre 1895).

A. Baurowicz. Sur l'étiologie des rétrécissements pharyngiens (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 3, h. 3, 1895).

Aaser. Existence du bacille de Loeffler chez les personnes bien portantes (*Deuts. med. Woch.*, n° 22, 1895).

Bernheim. Infections mixtes dans la diphthérie. Recherches cliniques et expérimentales (*Zeit. f. Hygiene*, Bd 18).

Carstens. Incubation de la diphthérie (*Deuts. med. Woch.*, n° 35, 1895).

Bernhard. Pronostic et diagnostic de la diphthérie (*Arch. f. Rinderheilk.*, Bd 19, h. 1, u. 2).

Nes. Cinquante-deux enfants diphthéritiques traités par la sérothérapie (*Deuts. med. Woch.*, n° 23, 1895).

Kurth. Résultats de l'emploi du sérum anti-diphthéritique à Brème du 18 octobre 1894 au 30 avril 1895 (*Deuts. med. Woch.*, nos 27, 28 et 29, 1895).

Springorum. 206 cas de diphthérie traités par le sérum de Behring (*Munch. med. Woch.*, nos 31 et 32, 1895).

Furth. 100 cas de diphthérie traités par la sérothérapie (*Munch. med. Woch.*, n° 30, 1895).

Nolen. Expériences sérothérapiques dans une maison infectée par la diphthérie (*Deuts. med. Woch.*, n° 23, 1895).

Marcuse. Suites désagréables de l'emploi du sérum anti-diphthéritique (*Deuts. med. Woch.*, n° 35, 1895).

Zielenziger. Quelques cas d'escanthème consécutif au traitement anti-diphthéritique (*Deuts. med. Woch.*, n° 35, 1895).

Mandowzki. Quelques cas de corps étrangers des voies aériennes (*Deuts. med. Woch.*, n° 30, 1895).

Notkin. Contribution à la physiologie de la glande thyroïde (*Wiener med. Woch.*, nos 19 et 20, 1895).

S. Schwartz. Nouvelles théories sur la prophylaxie et le traitement de la diphthérie (*Wiener klin. Woch.*, 24 octobre 1895).

W. Scholz. Influence du traitement thyroïdien chez l'homme, en particulier dans la maladie de Basedow (*Centralblatt. f. innere. Med.*, 26 octobre 1895).

M. Flesche. Un cas de diphthérie cutanée (*Berl. klin. Woch.*, 28 octobre 1895).

E. Reger. La propagation de la diphthérie (In-8° de 50 pages, J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1895).

Elkan. Valeur clinique des abcès de la gorge dans la scarlatine et description d'un cas de localisation péri-laryngée ayant mis la vie en danger (*Dissert. inaug.*, Berlin, 1895).

Grouwen. Sur les leucocytes éosinophiles de la muqueuse des voies respiratoires (*Dissert. inaug.*, Bonn, 1895).

Grumach. Sur un polype pharyngien chevelu (*Dissert. inaug.*, Königsberg, 1895).

Jacobson. Sur la coexistence de tumeurs de natures diverses dans les voies aériennes (*Dissert. inaug.*, Königsberg, 1895).

Kroenig. Syphilis constitutionnelle de l'appareil respiratoire (*Berl. med. Gesells.*, 23 octobre; in *Berl. klin. Woch.*, 4 novembre 1895).

Fraenkel. Extirpation de la glande thyroïde (*Wiener med. Club.*, 30 octobre; in *Allg. Wiener med. Zeit.*, 5 novembre 1895).

Ed. Aronsohn. Corps étrangers des voies aériennes (*Berl. klin. Woch.*, 11 novembre 1895).

A. Pribram. Pronostic de la maladie de Basedow (*Prager med. Woch.*, 14 novembre 1895).

F. Geinsheimer. Développement et état actuel du traitement thyroïdien (In-8° de 94 pages, J. F. Lehmann, éditeur, Munich, 1895).

S. Fraenkel. Antitoxine thyroïdienne, action physiologique de la langue thyroïde (*Wiener klin. Woch.*, 28 novembre 1895).

Schroeder. Des affections pharyngées et laryngées dans la fièvre thyroïde (*Dissert. inaug.*, Berlin, 1895).

Thomson. Contribution au traitement des affections chroniques de l'amygdale palatine (*Dissert. inaug.*, Fribourg, 1895).

Buhrmann. Contribution à l'étude du traitement local de la diphthérie pharyngée (*Dissert. inaug.*, Marbourg, 1895).

Katzenstein. Sur les altérations secondaires des organes dans la diphthérie pharyngée (J. F. Lehmann, éditeur, Munich, 1895).

Morin. Contribution à l'étude de la médication thyroïdienne (*Therap. Monatsh.*, novembre 1895).

W. Knöpfelmacher. Traitement de la diphthérie par le sérum à l'hôpital d'enfants Caroline à Vienne (*Wiener klin. Woch.*, 12 décembre 1895).

J. Fischer. La glande thyroïde et l'appareil sexuel de femme (*Wiener med. Club.*, 4 décembre; in *Allg. Wiener med. Zeit.*, 10 décembre 1895).

F. Reiche. Modifications des reins dans la diphthérie (*Centralb. f. Innere med.*, 14 décembre 1895).

Christlieb. Stomatite et vulvite aphteuse (*Dissert. inaug.*, Wurzburg, 1895).

Schober. Sur l'immunité dans la diphthérie (*Dissert. inaug.*, Königsberg, 1895).

M. Steinlechner. Apparition simultanée de la maladie de Basedow et de la tétanie chez un individu (*Wiener klin. Woch.*, 2 janvier 1896).

Monti. Sur la diphthérie (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 7, 14 et 28 janvier 1896).

P. F. Richter. Contribution à l'étude de la disparition de l'albumine par l'alimentation thyroïdienne (*Centr. f. Innere med.*, 18 janvier 1896).

G. Kobler. Notes sur le traitement de la diphthérie par le sérum de Behring (*Wiener klin. Woch.*, 23 et 30 janvier 1896).

Peyser. Polypes des amygdales (*Berl. med. Gesells.*, 15 janvier; *Berl. klin. Woch.*, 27 janvier 1896).

H. Stabel. De la thérapeutique thyroïdienne (*Berl. klin. Woch.*, 3 février 1896).

NOUVELLES

Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 31 décembre 1897, a voté les fonds nécessaires à la création d'un service autonome de trente lits, consacré à l'oto-rhino-laryngologie. Ce service sera annexé, comme complément, à la consultation spéciale instituée à l'hôpital Saint-Antoine, dans une précédente séance. M. Lermoyez en est chargé.

Dans sa dernière séance du 14 janvier 1898, la Société Parisienne d'Otologie et de Laryngologie vient de nommer une Commission chargée de lui présenter un rapport sur la communication que lui a faite M. MALHERBE, au sujet de son traitement de l'otite sèche, par l'évidement tétro-mastoidien. Cette commission se compose de MM. CASTEX, LERMOYEZ, LUC, MÉNIÈRE et SAINT-HILAIRE.

Nous lisons dans le *Medical Record*, que le Dr J. N. MACKENZIE, de Baltimore, a quitté la chaire de Laryngologie de l'Université de Maryland.

MM. R. LAKE et P. M. YEARSLEY ont été nommés assistants au *Royal Ear Hospital, Frith Street, Soho, Londres*.

Nous lisons dans la *Berliner klinische Wochenschrift*, que le Prof. B. FRAENKEL, de Berlin, a été nommé Professeur ordinaire honoraire.

Le titre de Professeur a été accordé aux Drs B. BAGINSKI, privat docent de Laryngologie, et L. JACOBSON, privat docent d'otologie, appartenant tous deux à l'Université de Berlin.

Le Dr SEIFERT, de Wurzburg, vient de recevoir le titre de Professeur extraordinaire, à l'Université de cette ville.

Le Dr V. NICOLAÏ vient d'être nommé docent libre, sur titres, en oto-rhino-laryngologie, à l'Université de Turin.

Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr HART, rédacteur en chef du *British medical journal*, décédé à Brighton, le 7 janvier, à la suite d'une longue maladie.

Le second Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie se tiendra à Barcelone, en septembre 1898.

Le Comité d'organisation est composé des Drs ROQUER Y CASADESUS, VERDÓS, SUÑE Y MOLIST, BOTET, COLL Y BOFILL, BORRAS et MASIP (Barcelone); COMPAÑED (Madrid); SOTA Y LASTRA et KARMINSKI (Séville); BARBERA (Valence); ARRESE (Bilbao); CASTAÑEDA (Saint Sébastien); ROYO Y GALINDO (Sarrago-se); PELAEZ (Grenade); A. ALVAREZ (Valladolid); PORTELA (Cadix); J. ALVAREZ (Palma de Mallorca).

A la séance du 23 octobre dernier, présidée par ROQUER Y CASADESUS, ont été élus pour composer le comité d'organisation : *Président* : ROQUER Y CASADESUS ; *vice-président* : SUÑE Y MOLIST ; *secrétaire général* : MASIP ;

deuxième secrétaire : BORRAS ; *Trésorier* : COLL Y BOFILL ; *Membres* : R. BOTRY et P. VERDOS

Le Congrès durera trois jours et s'ouvrira le 20 septembre 1898.

La cotisation sera de 25 piécettes.

Les adhésions seront reçues jusqu'au 30 juin.

Président :

J. ROQUER CASADESUS
Asalto 1.

Secrétaire général :

MASIP
Pelayo 58.

Le 9^e Congrès International d'Hygiène et de Démographie se réunira à Madrid du 10 au 17 avril 1898 ; une exposition y sera annexée.

La cotisation est de 25 piécettes.

Secrétaire général : Dr A. GIMENO, au ministère de l'intérieur à Madrid.

Le 4^e Congrès français de Médecine tiendra sa prochaine session à Montpellier, le 12 avril 1898, sous la présidence du Prof. BERNHEIM, de Nancy.

Les trois questions proposées sont les suivantes :

1^o Des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire,

Rapporteurs : BARD (Lyon) ; REVILLON (Genève), et VERGELY (Bordeaux).

2^o Les associations microbiennes et infections mixtes.

Rapporteurs : MALVOZ (Liège) ; SPILLMANN (Nancy), et WIDAL (Paris).

3^o De l'emploi thérapeutique des organes à sécrétion interne.

Rapporteurs : de CÉREVILLE (Lausanne) ; GILBERT et CARNOT (Paris), et MOSSÉ (Toulouse).

Secrétaire général : CARRIEU, 10, rue du Jeu de Paume, à Montpellier.

L'ouvrage du Prof. COZZOLINO, de Naples, sur l'hygiène de l'oreille, a été traduit en français, anglais, allemand, espagnol, suédois, hongrois, et en russe par la Société Populaire d'éditions scientifiques de Kiew.

Depuis le mois de janvier 1898, le *Laryngoscope*, journal mensuel, consacré aux affections du nez, de la gorge et de l'oreille, paraît simultanément en Angleterre et en Amérique Rédacteurs en chef : F. W. RUMBOLD et M. A. GOLDSTEIN, avec la coopération, à Londres, du Dr SAINT-CLAIR THOMSON.

Les éditeurs J. WRIGHT AND Co, de Bristol, à la suite du succès rapide de cette publication en Amérique, en ont pris la direction pour l'Europe, les Indes et les Colonies. L'édition européenne sera rédigée par le Dr SAINT-CLAIR THOMSON qui s'efforcera de donner au journal un caractère cosmopolite.

La 66^e réunion annuelle de l'Association médicale britannique, se tiendra à Edimbourg, les 26, 27, 28 et 29 juillet 1898. Nous donnons la composition du bureau de la section *J. Laryngologie et otologie*.

Président : P. MAC BRIDE ; *vice-présidents* : J. J. KIRK DUNCANSON, J. DUNDAS GRANT, R. MACKENZIE, JOHNSTON et SAINT-CLAIR THOMSON ; *secrétaires honoraires* : A. BROWN KELLY, 10, Growenor Terrace (Glasgow) et A. LOGAN TURNER, 20, Coates Crescent (Edimbourg).

Le Congrès annuel de l'Association française pour l'avancement des Sciences, se tiendra à Nantes, du 4 au 11 août 1898, sous la présidence de M. GRIMAUD, membre de l'Institut. La section XII, sciences médicales, sera présidée par le Prof. LÉPINE, de Lyon.

En 1899, l'Association se réunira à Boulogne-sur-Mer, le 14 septembre, en même temps que l'*Association britannique pour l'avancement des Sciences* qui tiendra sa session à Douvres, du 13 au 20 septembre. A la suite de pourparlers entre les bureaux des deux Sociétés, il a été décidé que l'*Association française* irait un jour se réunir à Douvres, à l'*Association britannique* qui, à son tour, viendrait lui rendre visite à Boulogne.

Le Comité local s'organise par les soins du Dr Aigre, maire de Boulogne.

En raison du trop grand nombre de Congrès Médicaux se réunissant durant les mois d'été, les otologistes autrichiens ont fixé leur session aux 20 et 21 février, à Vienne.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase) Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÈDER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

CHAMPAGNE RUPETIQUE DE CROUDRY. Dyspepsie et vomissements post-opératoires.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze, chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

Sirop et Pâte Berthé à la codéine.

— Calmants
pectoraux et somnifères très efficaces contre toutes les souffrances des femmes et des enfants.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Headaches from nasal causes (Céphalalgies d'origine nasale, par S. F. SNOW (Extrait du *Méd. News*, 10 juillet 1897).

Contribution à l'étude des affections auriculaires chez les gouteux ou les individus de race gouteuse, par GEORGES GELLÉ (Extrait des *Arch. intern. de lar.*, 1897).

I. Certaines particularités anatomo-chirurgicales et cliniques des cavités et de la muqueuse nasale. — II. Brèves considérations physiologiques et cliniques sur les cavités et la muqueuse nasales, par P. L. PELÁEZ VILLEGAS (Extraits de la *Gaceta Med. de Granada*, 1897).

La voix eunuchoïde Interprétation pathogénique et traitement, par E. KRAUS (Travail lu à l'Acad. de Méd. de Paris, le 7 décembre 1897).

Removal of the Drumhead and Malleus in cases of negative Rinne (Extraction de la membrane tympanique et du marteau dans les cas de Rinne négatif, par B. M. BEURENS (Extrait de l'*Intern. med. Magazine*, mai 1897).

Exostosis of the septum as a Cause of chronic Naso Pharyngitis (Exostose de la cloison comme cause de la rhino-pharyngite chronique, par C. H. KNIGHT (Extrait du *Laryngoscope*, avril 1897).

Three cases of obscure laryngeal Disease (Trois cas d'affection laryngienne obscure : tuberculose, syphilis, épithélioma, par C. H. KNIGHT (Extrait du *Med. News*, 5 juin 1897).

Discours présidentiel prononcé au 19^e Congrès annuel de l'Association Laryngologique américaine, par C. H. KNIGHT (Extrait du *N. Y. med. journ.*, 28 août 1897).

Ein Fall von Adeno-Carcinoma der Nase (Un cas d'adéno-carcinome nasal, par F. E. HOPKINS (Tiré à part des *Archiv. f. Lar.* Bd. 7, h. 1, 1897).

Papillary cedematous Nasal Polypi and their relation to adenomata (Polypes papillaires œdémateux du nez et leur rapport avec les adénomes, par J. WRIGHT (Extrait du *N. Y. med. journ.*, 13 novembre 1897).

Traitement des sinusites maxillaires (méthode Luc), par G. LIAMBRY (Broch. de 70 pages, Impr. Jouve, Paris, 1897).

Ueber Tuberkulose des Mittelohrs (Sur la tuberculose de l'oreille moyenne, par SCHWABACH (h. 114, *Berliner klinik sor.* 1 mk. 20, Librairie h. Hornfeld, Berlin, 1897).

Zeitraug zur Casuistik der Fremdkörper in der Nase (Contribution à la casuistique des corps étrangers du nez, par M. BREITUNG (Tiré à part de la *Deuts. med. Woch.*, n° 47, 1897).

Acute Laryngitis nach innerem Iodkaligebrauch (Laryngite aiguë à la suite du traitement ioduré interne, par O. FRANKENBERGER (Tiré à part du *Monats f. Ohrenh.*, n° 11, 1897).

Ueber die Erkrankungen des Naseneingangs und seiner Umgebung (Sur les affections de l'orifice nasal et de ses annexes, par F. PELTESOHN (Tiré à part de la *Deuts. med. Zeit.*, nos 101-103, 1897).

ERRATUM

Dans son travail sur « le Gaiacol comme anesthésique » (analysé dans le N° de janvier 1898 des *Annales*, p. 96). GEROUZI, de Rome, m'attribue à tort la paternité de l'anesthésie par ce médicament. C'est le Dr LAURENS qui le premier eut l'idée d'appliquer à la rhinologie l'anesthésie locale par le gaiacol, introduite en chirurgie générale par son maître LUCAS CHAMPIONNIÈRE.

M. LERMOYER.

Le Gérant : G. MASSON.

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE DESTENAY, BUSSIÈRE FRÈRES.

